

**Traducción de
documentos médicos
pertenecientes al
NorthShore University
Health System**

Maidier Ituarte Pérez

Director: Ruben Giró

Universidad de VIC

Máster en Traducción Especializada

Convocatoria de septiembre de 2011

Agradecimientos

3

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a Ruben Giró, por guiarme, ayudarme y asesorarme a través de este proceso de investigación. A todo el equipo docente de este Máster, por su eterna paciencia, dedicación y transmisión de conocimiento que a lo largo de estos dos años ha compartido conmigo.

Gracias Erika Erdbeer, por haber orquestado la comunicación entre todos los departamentos implicados en el estudio y por haber hecho posible que este proyecto se hiciese realidad.

Por supuesto, no podría olvidarme de todo el personal del hospital. Un sinfín de gracias a todos los médicos, sonógrafos, técnicos, cirujanos, pacientes, familiares, y un largo etcétera que han aportado, de un modo u otro, su pequeño granito de arena en este proceso creativo.

Y por último mi más sincera gratitud a ti, Tom, por tu eterna comprensión, tus largas horas de paciencia e incondicional apoyo a lo largo de este laborioso proyecto.

Tabla de contenidos

1.1 Descripción del proyecto.....	5
1.2 Objetivos del proyecto	8
1.2.2 Objetivos específicos.....	9
1.3 Estructura	¡Error! Marcador no definido.
2.1 Selección de los textos a traducir en este proyecto	12
2.2 Etapas del proyecto, método de trabajo y documentación	15
2.2.1 Situación inicial. Creación del proyecto en Trados	15
2.2.2 Estudio terminológico.....	16
2.2.4 Análisis inicial de los textos	19
2.2.5 Traducción, comentarios del proceso de traducción y creación del glosario ...	20
2.2.6 Revisión y corrección de las traducciones.....	20
3.1 Fichas técnicas y traducción de los documentos.....	22
4. Glosario.....	124
5. Revisión y corrección de los textos	136
6. A modo de conclusión	139
7. Referencias.....	142
8. Bibliografía	143

1. Introducción

1.1 Descripción del proyecto.

5

El presente trabajo consiste en la selección, análisis y traducción de 8 documentos con especialidad médica publicados por la institución sanitaria NorthShore University Health System. La elección de esta temática en la elaboración de este proyecto está vinculada al hecho de que en la actualidad trabajo como intérprete con especialidad en medicina para esta organización. Durante el año y medio que llevo en este organismo, he podido observar que existe un gran número de artículos, formularios, folletos informativos, consentimientos quirúrgicos y un largo etcétera que no están traducidos al castellano, cuestión que dificulta enormemente la comunicación, entendimiento y funcionamiento de las relaciones entre los pacientes, familiares y el equipo médico.

El NorthShore University Health System tiene un Departamento de Interpretación con 12 intérpretes de castellano en plantilla, 3 intérpretes de ruso, 2 intérpretes de polaco, un intérprete de coreano y un intérprete de árabe. Lamentablemente, el NorthShore no posee un Departamento de Traducción para la traducción de los documentos destinados a los pacientes. El Departamento de Interpretación, bajo la dirección de la supervisora Erika Erdbeer, contrata a una agencia de traducción certificada por la American Translators Association para la traducción de estos documentos. Este proceso supone un alto costo para el Departamento de Interpretación en particular, y para la institución sanitaria en general. De igual modo, el volumen de documentos en necesidad de ser traducidos es sustancialmente más elevado que los recursos económicos disponibles para la traducción de los mismos, y esto supone que no haya presupuesto para traducir muchos de los textos esenciales.

En términos generales, esta situación va en detrimento de los derechos e intereses de todos aquellos pacientes que tienen un conocimiento limitado del inglés.

A su vez, la labor de los intérpretes se hace muy dificultosa debido al hecho de que en numerosas ocasiones tenemos que realizar traducciones a la vista (*sight translate*) de una variedad de permisos, formularios, documentos legales, hojas de consentimiento y un largo etcétera que deberían estar traducidos al castellano, y que dada la amplia carga de trabajo que tenemos, no podemos emplear el tiempo necesario para ofrecer al paciente una traducción oral de calidad.

Por consiguiente, en un intento por mejorar esta situación, y con el propósito de ofrecer a la comunidad hispanoparlante que acude a esta institución unos servicios de calidad, hemos querido diseñar un proyecto basado en la selección y traducción de los documentos médicos más utilizados por los pacientes hispanoparlantes. Para el proceso de traducción hemos utilizado la herramienta de Traducción Asistida SDL Trados Studio 2009, con la intención de crear una memoria de traducción que pueda ser utilizada en futuros proyectos.

Las traducciones realizadas en este trabajo serán publicadas y distribuidas en los pertinentes departamentos del NorthShore. Como paso previo a la publicación de estos documentos, Erika Erdbeer, supervisora del Departamento de Interpretación, enviará las traducciones a la agencia de traducción MetaPhrasys para ser corregidas y revisadas.

Por motivos de responsabilidad legal, el NorthShore University Health System tiene la obligación de contratar traductores certificados por la American Translators Association. En la actualidad la autora de este proyecto se encuentra en el proceso de sacar dicha certificación, por lo que será necesario enviar las traducciones para que sean corregidas y revisadas a un traductor/a certificado.

Tras la revisión y corrección de los documentos el NorthShore University Health System procederá a la publicación y distribución de los mismos tan pronto lo estime conveniente.

1.1.1 Algunos datos históricos sobre el NorthShore University Health System

7

El NorthShore University Health System constituye una de las instituciones sanitarias de mayor envergadura en el estado de Illinois. La organización tiene una red de 4 hospitales situados en la parte norte del Lago Michigan (el hospital de Evanston, Highland Park, Glenbrook y Skokie), y decenas de clínicas, oficinas y ambulatorios ubicados en la ciudad de Chicago y en las comunidades periféricas.

La historia del NorthShore University Health System se remonta al 4 de diciembre de 1891, fecha en la que se funda el Hospital de Evanston tras una reunión del vecindario de la misma localidad, y tras la decisión de construir un hospital que ofreciese servicios a los habitantes de Evanston. Inmediatamente se pone en marcha la campaña de recaudación de fondos, y en el año 1892 se realiza la compra de una pequeña cabaña que tras ser remodelada, constituye el primer Hospital de Evanston. El 27 de marzo de 1983 se inaugura ¹sala de emergencias del Hospital, con 8 habitaciones, 6 camas y 12 doctores. Ese primer año se atiende a un total de 38 pacientes.

Entre 1900 y 1910 el hospital se amplía a 250 camas, y poco a poco se van creando nuevos departamentos, tales como el Departamento de Cirugía o el Departamento de Enfermedades Contagiosas. En 1930 el hospital se afilia con el Northwestern University Medical School y la Feinberg School of Medicine, convirtiéndose así en un hospital universitario, donde se realizan prácticas para los estudiantes de medicina.

El Kellog Cancer Center, inaugurado en 1981, constituye el primer centro especialista en cáncer del país establecido por un hospital comunitario, convirtiéndose en un modelo multidisciplinar a seguir en toda la nación.

¹ En este trabajo se empleará el término “sala de emergencias” en vez de “sala urgencias” debido al hecho de que los pacientes hispanoparlantes que acuden a este centro de salud emplean este término para referirse a la sala de urgencias.

A medida que avanzan los años, el Hospital de Evanston se esparce por las diferentes localidades del norte de Illinois y la ciudad de Chicago. Surge así el NorthShore University Health System, con 3 hospitales más y decenas de oficinas y consultorios. En 1918 se inaugura el Hospital de Highland Park. En 1977 se funda el Hospital de Glenbrook y el más reciente de todos, el Hospital de Skokie, perteneciente al Rush NorthShore Medical Center, se une al NorthShore en el año 2009.

En la actualidad, el NorthShore University Health System cuenta con 4 hospitales principales y más de 70 clínicas y ambulatorios. En total, posee 800 médicos de cabecera y médicos especialistas, y la institución emplea a más de 8.000 personas.

Teniendo en cuenta las dimensiones de una institución sanitaria de tales magnitudes, para desarrollar este proyecto hemos circunscrito nuestro campo de trabajo al Hospital de Evanston (que es donde actualmente la autora de este trabajo ejerce como intérprete). Aún así, cabe mencionar que todos los documentos empleados en los diversos departamentos de este hospital también se utilizan en los otros hospitales, oficinas y ambulatorios, por lo que al finalizar el proyecto las traducciones también serán distribuidas en estas otras localidades.

Una vez presentado lo que constituirá el grueso del presente trabajo, así como algunos datos históricos de interés sobre la institución sanitaria en la que nos contextualizamos, procederemos a presentar los objetivos de este estudio.

1.2 Objetivos del proyecto

En el presente trabajo distinguiremos dos tipos de objetivos. Por un lado los objetivos generales, y por otro los objetivos específicos.

1.2.1 Objetivos generales

- Análisis de la situación de los departamentos del Hospital de Evanston en relación al número de pacientes hispanoparlantes que reciben, a la tipología de documentos existentes en cada uno de los departamentos, y la evaluación con respecto a qué documentos tienen especial urgencia en ser traducidos.
- Selección y traducción de los documentos tras las reuniones pertinentes con los supervisores de cada departamento, así como con la supervisora del Departamento de Interpretación del NorthShore University Health System.
- Publicación y distribución de las traducciones realizadas por la traductora en los diferentes hospitales, clínicas y ambulatorios.

(Como paso previo a la publicación de estos documentos, la supervisora del Departamento de Intérpretes del NorthShore University Health System enviará las traducciones a la agencia de traducción MetaPhrasix. Tal y como antes hemos mencionado, por cuestiones de responsabilidad legal todos los documentos traducidos en el NorthShore deben ser traducidos por un traductor certificado por la American Translators Association. La autora de este proyecto no posee dicha certificación, por lo que todos los documentos deberán ser enviados a un corrector y revisor en posesión de dicho certificado. Una vez corregidos, los documentos estarán en condición de ser publicados y distribuidos.)

1.2.2 Objetivos específicos

- Creación de un proyecto de traducción en SDL Trados Studio 2009, con su correspondiente memoria de traducción. Puesta en práctica de todas las características y particularidades de esta herramienta de traducción asistida.

- Análisis de los documentos a traducir. Intercepción de las problemáticas o dificultades de traducción existentes en cada documento.
- Análisis de la terminología médica específica en cada uno de los documentos. Selección de las fuentes necesarias para la consulta de la terminología médica, y manejo de estas fuentes en el proceso de traducción.
- Traducción de los documentos en Trados.
- Creación de un documento por cada texto traducido donde se recogen todos los comentarios referentes al proceso de traducción, las dificultades encontradas, las problemáticas surgidas y las estrategias de resolución empleadas para resolver cada situación. Este documento se elaborará a medida que se realicen las traducciones de cada texto.
- Creación de un glosario terminológico. Se redactará un único glosario para todos los documentos.
- Revisión y corrección de los documentos traducidos. Evaluación de la adecuación y adaptación de las traducciones con respecto a la cultura meta de los pacientes del NorthShore y con respecto al contexto en el que van a ser distribuidas.
- Entrega de las traducciones y el glosario al Departamento de Interpretación del NorthShore University Health System.
- Publicación y distribución de las traducciones (el Departamento de Interpretación será el encargado de la publicación y distribución de los documentos tan pronto lo estime conveniente).

1.3 Estructura

En cuanto a la estructura del estudio, cabe señalar que hemos optado por un esquema que hemos considerado claro y sencillo:

11

- Introducción. En esta sección abordaremos la descripción del trabajo junto con algunos datos históricos sobre el NorthShore University Health System. Expondremos los objetivos generales y específicos del proyecto, así como la estructura básica del mismo.
- Metodología de trabajo. En este apartado describiremos el método de selección de los textos para traducir, así como el método de trabajo y documentación utilizada en las distintas etapas del proyecto.
- Traducción de los documentos seleccionados. En este apartado realizaremos la traducción de los documentos médicos a través de la herramienta Trados. Para cada traducción elaboraremos una ficha técnica. A su vez, redactaremos un documento para cada texto traducido con los comentarios referentes al proceso de traducción, abordando las incidencias encontradas en el mismo, así como las estrategias de resolución aplicadas.
- Creación de un glosario terminológico.
- Revisión y corrección de los documentos traducidos. Aquí explicaremos las diferentes fases de corrección llevadas a cabo, así como la metodología empleada.
- Conclusiones. En este apartado recogeremos las principales conclusiones obtenidas en este trabajo.
- En el capítulo final presentaremos la relación de referencias utilizadas y bibliografía.

2. Metodología

2.1 Selección de los textos a traducir en este proyecto

12

Para la selección de los textos a traducir hemos decidido escoger una serie de documentos que pertenecen a distintos departamentos, con el objetivo de hacer una selección que abarque una variada gama de especialidades médicas. Entre el gran número de departamentos existentes en el Hospital de Evanston, y siendo consciente de la imposibilidad de abarcar todos ellos, nos hemos centrado en aquellos que mayor número de pacientes hispanoparlantes recibe en el transcurso del año.

De este modo, el criterio para la selección de los departamentos y sus correspondientes textos está íntimamente ligado a la cuantía de pacientes hispanoparlantes recibidos en los mismos.

En términos generales, 6 son los departamentos en los que hemos llevado a cabo la selección de textos a traducir:

Cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery)

En este departamento existen dos formularios esenciales para ser firmados antes de cualquier intervención quirúrgica. Uno de ellos es la hoja de consentimiento para la aprobación del procedimiento a realizar. Este texto ya está traducido al castellano. El otro es el formulario de “Evaluación preanestésica”. Hemos decidido traducir este documento ya que se trata de un formulario esencial para el equipo de anestelistas. Consiste en un cuestionario sobre el historial médico del paciente (peso, altura, problemas surgidos con la anestesia en el pasado, alergias a medicamentos, procedimientos a realizar, etc.). Este formulario permite la realización de una evaluación del paciente para determinar si cumple los requisitos para recibir anestesia tanto local como general antes o durante la intervención quirúrgica.

Ginecología (Gynecology)

En este departamento existe un gran número de documentos que no están traducidos al castellano. Tras una reunión con el supervisor del Departamento de Ginecología, nos comunicó que los artículos con mayor urgencia para traducir eran aquellos artículos explicativos referentes a los dispositivos intrauterinos para mujeres. El departamento nos facilitó 4 diferentes artículos sobre dispositivos intrauterinos. Entre ellos decidimos traducir el artículo del ParaGard ya que está considerado como el dispositivo más popular y es uno de los dispositivos con mayor demanda entre las mujeres que acuden a este departamento.

13

Departamento de Cáncer. Centro Kellog (Cancer Department. Kellog Center)

Con respecto al Departamento de Cáncer, la supervisora de la clínica del Hospital de Glenbrook hizo hincapié en la necesidad de traducir el “Consentimiento de tratamiento con opioides”. Este documento tiene especial importancia en el Centro Kellog ya que los opioides son utilizados en pacientes con cáncer como medio para combatir el dolor. Las restricciones de este tipo de tratamiento son extremas, y los pacientes tienen que firmar este “contrato” antes de someterse a cualquier tratamiento con opioides.

Por otro lado, este departamento tiene una gran variedad de panfletos informativos sobre todo tipo de tumores y cánceres que hasta la fecha no han sido traducidos. El supervisor del departamento comentó que se podría traducir alguno de estos panfletos, por lo que decidimos traducir el denominado “Meningioma”, el cual explica detalladamente todo lo referente a este tipo de tumor cerebral.

Urología (Urology)

El Departamento de Urología, en coordinación con el Departamento de Maternidad, realiza un elevado número de circuncisiones al año. Algunas de estas circuncisiones se llevan a cabo dos o tres días después del nacimiento del bebé, por lo que la coordinación

con el Departamento de Maternidad es imprescindible. Otras circuncisiones se realizan a edades más avanzadas. “La circuncisión y el control del dolor” es uno de los textos más utilizados en este departamento, donde se explica detalladamente todo lo referente al procedimiento y al cuidado post-operatorio.

Diagnóstico del feto (Fetal Diagnostic)

El Departamento de Diagnóstico del feto junto con el Departamento de Maternidad son los departamentos que más flujo de pacientes hispanoparlantes reciben al año. Este departamento se encarga de hacer evaluaciones del feto mediante diversos exámenes y métodos de exploración. El Departamento de Diagnóstico del feto ha hecho una labor excelente en exigir la traducción de muchos de sus documentos al castellano. Aún así, todavía existe algún que otro texto que no está traducido. Entre ellos se encuentran dos de los documentos que la dirección del departamento sugirió traducir: “La prueba de detección del síndrome de Down en el primer trimestre de embarazo” y “La prueba de portador del ADN de la fibrosis quística”. Estos artículos explican detalladamente en qué consisten las pruebas para la detección de anomalías cromosómicas en los fetos, tales como la trisomía 13, la trisomía 18, el síndrome de Down o la fibrosis quística.

Maternidad (Labor&Delivery)

Uno de los documentos más importantes para rellenar después de dar a luz es el denominado “Reconocimiento de paternidad voluntaria de Illinois”. Este documento tiene que ser rellenado por todas aquellas parejas que no estén casadas. Se trata de un documento legal que debe ser firmado, atestiguado y enviado a la Unidad de Coordinación Administrativa en Springfield, Illinois, para su posterior aprobación.

Hemos considerado que la traducción de este documento es imprescindible para los pacientes hispanoparlantes. Aún así, hay que tener en cuenta que al tratarse de un documento legal la traducción del mismo solo servirá como guía para los pacientes, y no

tendrá un carácter oficial. Por lo tanto, será importante explicar a los pacientes que deberán enviar el documento original en inglés a la Unidad de Coordinación Administrativa, y no la traducción al castellano.

2.2 Etapas del proyecto, método de trabajo y documentación

2.2.1 Situación inicial. Creación del proyecto en Trados

Tras la selección de los textos a traducir, la dirección de cada departamento nos ha facilitado los documentos originales en formato Word. En este sentido, la recepción de los documento ha sido fácil y conveniente. El formato Word es compatible con Trados 2009, por lo que en un principio la transformación del formato de los textos recibidos no ha sido necesaria. Aún así, una vez creado el primer proyecto denominado NorthShore se han detectado problemas de formato en la vista previa de Trados. Esto se debe a que algunos de los documentos recibidos no estaban bien formateados, por lo que hemos visto necesario formatear los textos de nuevo para no tener problemas de formato en Trados.

Una vez formateados y guardados los documentos originales, hemos procedido a la creación de un nuevo proyecto y una memoria de traducción en Trados 2009. La creación del proyecto ha sido sencilla. Siguiendo las directrices de los manuales de Trados, se ha creado un proyecto denominado Evanston Hospital. Se ha marcado la fecha límite de entrega para el día 1 de septiembre de 2011 a las 9 de la mañana. El cliente para el que se realiza el trabajo de traducción es el Hospital de Evanston.

El paso siguiente ha sido seleccionar los idiomas de trabajo para este proyecto. Como idioma fuente hemos seleccionado el inglés de los Estados Unidos. Como idioma meta hemos optado por seleccionar el español de México, ya que la mayoría de los pacientes que acuden a este centro de salud son mexicanos, por lo que hemos visto conveniente seleccionar el español de este país. A continuación, hemos seleccionado el archivo donde se encuentran los documentos a traducir. Este archivo contiene los 8 documentos

originales en inglés. Una vez seleccionados, hemos confirmado que todos tienen un formato Word y que todos son traducibles.

El siguiente paso ha sido crear la memoria de traducción. Hemos creado una memoria nueva y la hemos denominado “Evanston TM”. No hemos seleccionado ningún “Autosuggest Dictionary” ni ningún “Termbase”. El último paso ha sido la creación del proyecto. La autora se considera una traductora autónoma, por lo que se ha seleccionado la opción de “Prepare without project TM”, y una vez hecha la selección, hemos procedido a la creación del proyecto.

16

El proyecto se ha creado satisfactoriamente y no ha habido ningún error en el proceso. Para verificar la existencia de la memoria de traducción hemos comprobado que la memoria está guardada donde le hemos indicado a Trados que la guarde.

Finalmente estamos preparados para empezar el proceso de traducción.

2.2.2 Estudio terminológico

Los textos seleccionados para la elaboración de este proyecto tienen un alto grado de especialización. Si bien todos pertenecen al campo de la medicina, cada uno se contextualiza en una diferente rama de esta especialidad. Por lo tanto, hemos visto necesaria la consulta de un variado número de fuentes y referencias para el estudio terminológico y la traducción de los documentos.

En términos generales distinguimos tres tipos de fuentes consultadas en este trabajo.

Por un lado, los manuales médicos tanto bilingües (inglés-castellano, castellano-inglés) como monolingües (en inglés y en castellano). Entre ellos mencionamos, como ejemplo más significativo, el prestigioso Manual Merck de medicina.

Los manuales han sido muy valiosos para tener un panorama general de la temática

tratada en el texto. Como paso previo a la traducción de los documentos hemos consultado estos manuales tanto en inglés como en castellano para familiarizarnos con cada tema. Los manuales, por lo tanto, han sido muy útiles como introducción previa a la traducción de los documentos.

Por otro lado, los diccionarios y glosarios terminológicos bilingües con especialidad médica. Entre ellos mencionamos como ejemplo el Diccionario Médico Stedman's, de inglés a castellano y de castellano a inglés. Hemos utilizado los diccionarios para realizar consultas terminológicas más específicas. Tal y como antes hemos mencionado, los textos traducidos tienen un grado de especialidad considerable. Para todos aquellos términos técnicos hemos consultado diferentes glosarios y diccionarios, y hemos intentado utilizar los términos más empleados ya que en algunos casos se han visto discrepancias entre una fuente y otra.

Por último, hemos consultado diversos sitios web en internet. En los Estados Unidos existe un gran número de hospitales con sitios web muy especializados y con las últimas novedades en investigación médica. Varios de estos sitios web son bilingües, como el del Miami's Children Hospital o el www.nlm.nih.gov/medlineplus, y han servido como fuentes de referencia fidedignas para las consultas pertinentes.

Cabe señalar que en todo momento hemos tenido en cuenta la audiencia meta de los textos traducidos. En términos generales, la mayoría de los pacientes hispanoparlantes que acude al NorthShore University Health System proviene del país de México. Este ha sido un dato muy a tener en cuenta a la hora de realizar las traducciones de los documentos. En este sentido, en numerosas ocasiones hemos optado por emplear términos empleados en México que no se emplean en España. A modo de ejemplo nos gustaría señalar el término utilizado para la traducción de "pap test", el cual en España se traduciría como "citología" pero en México se conoce como "Papanicolaou".

2.2.3 Preparación de las fichas técnicas

Hemos considerado pertinente la elaboración de una ficha técnica para cada documento. Estas fichas técnicas constituyen una carta de presentación de cada uno de los textos traducidos, donde se resumen los datos de mayor interés.

18

De este modo, cada traducción va precedida de una ficha donde se puede visualizar un resumen de los aspectos más representativos del documento traducido. En cada ficha hemos introducido los siguientes datos:

- Nombre del proyecto. En este apartado hemos reflejado el nombre del proyecto creado en Trados. Por lo tanto, la memoria de traducción creada llevará el mismo nombre.
- Institución. Se refiere al nombre de la institución sanitaria para la que se realizan las traducciones (NorthShore University Health System).
- Título del documento. Hemos reflejado el título del documento original en inglés, así como el título en castellano.
- Departamento. Este apartado se refiere al departamento al que pertenece el texto original en inglés. También hemos visto conveniente reflejar el nombre del departamento en ambos idiomas.
- Herramienta TAO. En este apartado hemos indicado la herramienta TAO que se ha seleccionado para desarrollar este proyecto, siendo ésta Trados Studio SDL 2009.
- Idioma fuente/Idioma meta.
- Formato del documento. Hemos especificado el formato de cada documento. En nuestro caso particular todos los documentos tienen un formato Word.

- Extensión. En esta sección hemos indicado el número de palabras que tiene el documento original en inglés.

2.2.4 Análisis inicial de los textos

19

Como paso previo a la traducción de los textos, hemos realizado un análisis inicial de los documentos originales. Para elaborar este análisis, hemos llevado a cabo varios pasos que a continuación explicaré.

Primeramente, hemos realizado una primera lectura del documento original en inglés, para tener una idea general de la temática tratada en el mismo. En el caso de los textos con un alto grado de especialización, como es el caso de la fibrosis quística, el meningioma o el síndrome de Down, hemos realizado varias consultas en los manuales de medicina disponibles. Estas consultas han sido cruciales para tener un mejor conocimiento del tema específico tratado. La labor de documentación ha sido necesaria para construir una base de conocimiento previo a la traducción de los textos, y conseguir así un mejor entendimiento de la temática tratada en los mismos.

Tras las consultas pertinentes para cada documento, hemos realizado una segunda lectura del texto a traducir. En esta segunda lectura se han detectado aspectos que podrían causar alguna problemática de traducción. Hemos localizado oraciones con una equivalencia dificultosa en el lenguaje meta, expresiones que podrían causar dificultades en el proceso de traducción, o juegos de palabras problemáticos.

A continuación, hemos realizado una tercera lectura de los documentos, esta vez prestando especial atención a la terminología técnica empleada en los mismos. Hemos subrayado todos los términos médicos que requieren de una consulta en un diccionario o glosario especializado, y hemos procedido a la búsqueda de los mismos apuntando en el texto las diferentes opciones terminológicas. Tras el análisis de los textos a traducir, así como la preparación de los documentos con sus respectivas notas y apuntes tomadas durante el proceso analítico, hemos procedido a la traducción de los textos.

2.2.5 Traducción, comentarios del proceso de traducción y creación del glosario

Tal y como anteriormente hemos mencionado, para la traducción de los documentos se ha utilizado la herramienta de traducción asistida Trados SDL 2009. La autora no ha dispuesto de ningún glosario, base de datos terminológica o memoria de traducción facilitada por el hospital, ya que es un proyecto nuevo y el Departamento de Interpretación del NorthShore no dispone de ninguna herramienta de Traducción Asistida. Por este motivo hemos visto conveniente elaborar un glosario que pueda archivarse en el departamento para futuros trabajos de traducción.

20

Dos son los documentos que pondremos a disposición del NorthShore una vez finalizado este proyecto:

- Documentos traducidos al castellano.
- Glosario terminológico.

A medida que hemos ido avanzando en la traducción de los textos, hemos elaborado un glosario en formato Word, así como los comentarios pertinentes al proceso de traducción. Esta metodología de trabajo ha permitido tener una coherencia con respecto al proceso de traducción, sin tener que redactar los comentarios de las traducciones una vez acabadas las mismas. En estos comentarios hemos abordado las dificultades encontradas en el proceso de traducción, así como las incidencias y estrategias de resolución empleadas.

2.2.6 Revisión y corrección de las traducciones

Una vez finalizadas las traducciones hemos procedido a la corrección y revisión de las mismas. Para esto hemos realizado varias lecturas. Ha sido conveniente imprimir los documentos en papel, y en un principio hemos hecho las correcciones en el mismo papel, para luego hacer los cambios pertinentes en Trados.

También ha sido importante realizar las lecturas de los documentos en días separados, dejando un espacio de dos o tres días entre una lectura y otra. Mediante esta técnica hemos dejado reposar los documentos y nos hemos podido enfrentar al texto con la mente despejada par realizar las pertinentes revisiones.

Hemos realizado la evaluación de la adecuación y la adaptación de las traducciones con respecto a la cultura meta y con respecto al contexto en el que van a ser distribuidas. Para ello, hemos verificado que la terminología empleada en cada texto traducido sea adecuada para la audiencia receptora. También nos hemos asegurado de que no haya ningún vocablo ofensivo para la comunidad hispanoparlante que acude a esta institución (como ejemplo mencionamos el evitar el uso del verbo “coger” debido a las connotaciones sexuales que tiene en la cultura meta).

Una vez finalizado el proceso de revisión y corrección, hemos entregado las traducciones y los glosarios a la supervisora del Departamento de Interpretación. Tal y como antes hemos mencionado, siguiendo la política del NorthShore University Health System, cualquier traducción realizada para esta institución tiene que ser revisada por un traductor/a en posesión del certificado de traducción expedido por la American Translators Association. Por lo tanto, el último paso a realizar será enviar todas las traducciones a la agencia de traducción MetaPhrasis, para que éstas sean revisadas y corregidas por un traductor/a en posesión de ese certificado.

Finalmente, el Departamento de Interpretación, conjuntamente con los respectivos departamentos del Hospital de Evanston, llevará a cabo la publicación y distribución de las traducciones tan pronto lo estime conveniente.

3. Traducción

3.1 Fichas técnicas y traducción de los documentos

22

FICHA TÉCNICA Evaluación preanestésica

Nombre del Proyecto	Evanston Hospital
Institución	NorthShore University Health System
Título del documento	Pre-Anesthetic Evaluation Evaluación preanestésica
Tipología de texto	Formulario
Departamento	Ambulatory Surgery Cirugía ambulatoria
Herramienta TAO	Trados Studio SDL 2009
Idioma Fuente/ Idioma Meta	Inglés/Castellano
Formato del documento	Microsoft Word
Extensión	226 palabras



Medical Group

23

Pre-Anesthetic Evaluation

Part 1-Please complete the following:

<p>Proposed Procedure/Surgery/Operation</p>	<p>Date/Time:</p> <p>Surgeon:</p>
---	--

Do you have any of the following health problems? If yes, please circle.

Cardiovascular

Hypertension/High blood pressure

Angina/Chest pain

Heart attack/Myocardial infarction

Irregular heart rate/Arrhythmia

Congestive heart failure/CHF

Pacemaker/AICD

Gastrointestinal/Hepatic

Hiatal hernia/GERD

Liver disease/Hepatitis

24

Respiratory

Recent cold/Bronchitis

Asthma/Wheezing/Hay fever

COPD/Emphysema

Sleep/Apnea

Renal/Endocrine

Kidney/Renal failure

Diabetes

Thyroid disease

Neuro/Musculoskeletal

Stroke/CVA/TIA

Seizures

Paralysis/Nerve problems

Arthritis

Other

Bleeding problems

Cancer

Sickle Cell

Could you be pregnant? Yes/No/NA

Social

25

Do you smoke? Yes/No

How much?

Do you drink alcohol? Yes/No

How much?

Has anyone in your family had problems with anesthesia?

Have you had surgery &/or anesthesia before? If so what? Were there any anesthesia problems?

Date	Surgery	Type of Anesthesia	Problems

Do you have any allergies to medicines?

Do you take any medication, if so what (including over the counter & herbal medication)?

What is your height and weight? Ht: Wt:

When was the last time you had anything to eat and/or to drink?

Part 2- To be completed by the anesthesia providers.

26

Airway

Mallampati I II III

Dentition

Neck

Cardiac

Pulmonary

Labs

ECG

CXR

Other

Additional Information

ASA I II III IV V E

Anesthetic Plan

Signature

Date&Time



Medical Group

27

Evaluación preanestésica

Parte 1- Rellene lo siguiente:

Procedimiento propuesto/Intervención quirúrgica/Operación	Fecha/Hora: Cirujano:
---	--------------------------------------

¿Tiene usted alguno de los siguientes problemas de salud? Si es así, márquelos con un círculo.

Cardiovascular

Hipertensión/Presión arterial alta

Angina de pecho/Dolor de pecho

Ataque cardíaco/Infarto de miocardio

Frecuencia cardíaca irregular/Arritmia

Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

Marcapasos/DAI (Desfibrilador automático implantable)

Gastrointestinal/Hepático

Hernia hiatal/Reflujo gastroesofágico (GERD, por sus siglas en inglés)

Insuficiencia hepática/Hepatitis

28

Respiratorio

Resfriado reciente/Bronquitis

Asma/Respiración sibilante/Fiebre del heno

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/Enfisema

Sueño/Apnea durante el sueño

Renal/Endocrino

Insuficiencia renal/Fallo renal

Diabetes

Enfermedad de la tiroides

Neuro/Musculoesquelético

Ataque cerebral/Accidente cerebrovascular (ACV)/Accidente isquémico transitorio (AIT)

Convulsiones

Parálisis/Problemas neurológicos

Artritis

Otros

Problemas de sangrado

Cáncer

Anemia de células falciformes

¿Podría estar embarazada? Sí/No/No corresponde

Social

29

¿Fuma? Sí/No

¿Cuánto?

¿Bebe alcohol? Sí/No

¿Cuánto?

¿Ha habido alguien en su familia que haya tenido problemas con la anestesia?

¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica y/o anestesia en el pasado? ¿Si es así, qué tipo? ¿Hubo algún problema con la anestesia?

Fecha	Intervención quirúrgica	Tipo de anestesia	Problemas

¿Tiene alergia a algún medicamento?

¿Está tomando algún medicamento? Si es así, ¿cuál? (Incluya los medicamentos sin receta médica y los fitoterápicos [medicación de herbolarios])

¿Cuánto pesa? ¿Cuánto mide? Altura: Peso:

¿Cuándo fue la última vez que comió o bebió algo?

Parte 2-Para rellenar por los anestesisistas.

Vía respiratoria

Mallampati I II III

30

Dentición

Cuello

Cardíaco

Pulmonar

Laboratorio

Electrocardiograma (ECG)

Radiografía de tórax (Rx de tórax)

Otros

Información adicional

Sistema de clasificación del estado físico ASA I II III IV V E

Plan para la anestesia

Firma

Fecha/Hora

**FICHA TÉCNICA
ParaGard**

Nombre del Proyecto	Evanston Hospital
Institución	NorthShore University Health System
Título del documento	ParaGard
Tipología de texto	Artículo informativo
Departamento	Gynecology Ginecología
Herramienta TAO	Trados Studio SDL 2009
Idioma Fuente/ Idioma Meta	Inglés/Castellano
Formato del documento	Microsoft Word
Extensión	495 palabras



Medical Group

32

ParaGard

Improving Patient Satisfaction with ParaGard Through Effective Counseling

Below are key patient counseling points that are important to communicate prior to the insertion of ParaGard®.

What to expect during insertion?

1. Inform patients that they may eat and drink normally prior to and after an insertion.
2. Advise patients that they may feel cramping or pinching during insertion.

What to expect post-insertion?

1. ParaGard is effective immediately following insertion.
2. Patients may experience cramping after insertion; pain can be managed by taking an analgesic.
3. Patients should conduct a monthly thread check by reaching up to the top of the vagina with clean fingers and feel for the 2 threads. The patient should not pull on the threads because this can dislodge the ParaGard®.

4. Counsel patients that it is normal to experience a heavier, longer period and some spotting between periods after insertion of ParaGard®. These side effects typically lessen after 2 to 3 months as the patient's body adjusts to the ParaGard®.
5. If the patient was using a hormonal contraception before getting ParaGard® (i.e., she is used to a "pill period"), it may seem to her like her period is heavier than normal because the hormones affect her cycle. Because ParaGard® does not contain any hormones, you should inform your patient that she can expect to return to her natural menstrual cycle. However, she should also be informed that if her menstrual cycle is severe or prolonged beyond this time, she should return for an exam.
6. Advise patient to call immediately if she becomes pregnant; experiences pelvic pain, pain during sex, unusual discharge, or fever; undergoes severe or prolonged bleeding; or notices a change in string length or feels any part of the ParaGard®.
7. Advise patient to call if she is exposed to an STD or becomes HIV positive.
8. ParaGard® may be kept in place for up to 10 years.
9. ParaGard can be extracted in an office visit.
10. If you have any questions, call the Gynecology phone number or send us a message to our page. (Phone #: 847-570-200. Pager: 3050)

Home Care Instructions

Do not insert anything in the vagina for the next forty-eight hours:

34

- No vaginal douching
- No tampons
- No sexual intercourse

Mild over the counter pain medications can be used for post insertion discomfort/cramping (Tylenol, Ibuprofen).

You may be given antibiotics. If so, please take now and 12 hours after the IUD insertion. Please make sure to take all the medication, as this is to prevent infection.

Notify the clinic or seek care through the Emergency Room if you experience any of the following:

P passing clots or having heavy bleeding.

A abnormal pain, pain with intercourse

I increased temperature, fever or chills

N noticeable discharge, foul smelling discharge

S spotting abnormally or persistent bleeding

Call and ask to speak with the gynecologist resident if you have questions, they can be reached via the hospital operator by calling 847-570-2000, and asking them to be paged at pager # 3050.



Medical Group

ParaGard

Mejora de la satisfacción de las pacientes con ParaGard a través de una orientación efectiva

A continuación, se exponen los puntos clave de orientación que son importantes de explicar antes de la inserción del ParaGard®.

Qué esperar durante la inserción.

1. Informar a las pacientes de que pueden comer y beber con normalidad antes y después de la inserción.
2. Advertir a las pacientes de que pueden sentir calambres o compresión durante la inserción.

Qué esperar después de la inserción.

1. ParaGard es eficaz inmediatamente después de la inserción.
2. Las pacientes pueden sentir calambres después de la inserción; se puede paliar el dolor tomando un analgésico.
3. Las pacientes deberían revisarse los cordones mensualmente, introduciendo los dedos limpios de su mano en la parte superior de su vagina para sentir los dos cordones. La paciente no debería tirar de los cordones porque esto podría desplazar el ParaGard®.

4. Explique a las pacientes que después de la inserción del ParaGard® es normal experimentar un período más abundante y largo y algo de manchado entre una regla y otra. Estos efectos secundarios normalmente disminuyen después de 2 o 3 meses, a medida que el cuerpo de la paciente se adapta al ParaGard®.
5. Si la paciente usaba un método anticonceptivo hormonal antes de obtener el ParaGard® (es decir, ha tomado pastillas anticonceptivas y suele tener períodos ligeros), puede que le parezca que su período es más abundante de lo normal porque las hormonas afectan a su ciclo. Debería informar a su paciente de que, debido al hecho de que ParaGard® no contiene hormonas, puede que regrese a su ciclo menstrual natural. Sin embargo, debería ser informada de que si su ciclo menstrual es intenso o se prolonga en el tiempo, sería conveniente volver a la consulta para hacerse un examen.
6. Informe a la paciente de que debe llamar inmediatamente si cualquiera de estas circunstancias ocurre: si se queda embarazada; si tiene dolor pélvico; si sufre dolor durante el acto sexual; si tiene flujo vaginal inusual; si tiene fiebre; si experimenta una pérdida de sangre prolongada o intensa; si nota un cambio en la longitud del cordón o si siente alguna parte del ParaGard®.
7. Informe a la paciente de que tiene que llamar si se expone a alguna enfermedad de transmisión sexual o si se convierte en seropositiva.
8. Se puede tener el ParaGard® insertado hasta un máximo de 10 años.
9. Se puede extraer el ParaGard en nuestra consulta. Llame para pedir una cita.
10. Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono de Ginecología o mándenos un mensaje al buscapersonas. (Número de teléfono: 847-570-200. Buscapersonas: 3050)

Instrucciones de cuidado en casa

No inserte nada en la vagina durante las siguientes cuarenta y ocho horas:

37

- No utilice duchas vaginales
- No utilice tampones
- No mantenga relaciones sexuales

Se pueden utilizar medicamentos moderados sin receta médica para las molestias o calambres producidos después de la inserción (tylenol, ibuprofeno).

Puede que le den antibióticos. Si es así tome uno ahora y otro 12 horas después de la inserción del dispositivo intrauterino. Asegúrese de tomar toda la medicación, ya que el objetivo de la misma es prevenir infecciones.

Póngase en contacto con la clínica o acuda a sala de emergencias si:

- D desarrolla coágulos o si sangra abundantemente.
- O observa dolores anómalos o dolores a la hora de tener relaciones sexuales.
- L le sube la temperatura, o si tiene fiebre o escalofríos.
- O observa flujo vaginal perceptible y de mal olor.
- R repentinamente experimenta manchado anómalo o si sangra persistentemente.

Para cualquier pregunta, llame y solicite hablar con un ginecólogo residente. Pueden ser localizados a través de las operadoras del hospital llamando al 847-570-2000. Pida a las operadoras que le manden un mensaje al buscapersonas (número de buscapersonas 3050).

FICHA TÉCNICA
La circuncisión y el control del dolor

Nombre del Proyecto	Evanston Hospital
Institución	NorthShore University Health System
Título del documento	Pain Control and Circumcision La circuncisión y el control del dolor
Tipología de texto	Artículo informativo
Departamento	Urology/Labor&Delivery Urología/Maternidad
Herramienta TAO	Trados Studio SDL 2009
Idioma Fuente/ Idioma Meta	Inglés/Castellano
Formato del documento	Microsoft Word
Extensión	536 palabras



Medical Group

Pain Control and Circumcision

Pain control during and after your son's circumcision is an important part of the care he will receive during his stay with us. Our goal is to provide as much support as possible to you and your son before, during and after his circumcision. Listed below are several ways that have been shown to lessen the pain associated with circumcision and enhance your son's alertness, interactions with you and interest in breastfeeding after his circumcision.

It is important for you to discuss pain management methods that will be used during your son's circumcision with the person who will be performing the procedure. Methods currently available include:

- Emla Cream - This is a topical numbing cream that is applied to the penis 30-60 minutes prior to the circumcision.
- Penile or Ring Block- This involves a shot of a numbing medication injected into the penis that numbs the end of the penis.

Unless you or your doctor objects, the methods listed below are additional methods that will be routinely used to help your son be more comfortable during and after his circumcision. These include:

- Sucrose Solution - Providing your son with a few drops of water sweetened with sugar or sucrose solution a couple of minutes before his circumcision has been shown to decrease crying and discomfort.

- Tylenol – Tylenol can be administered prior to your son's circumcision and for 24 hours after procedure.

*An important note about Tylenol. Tylenol is only to be used for short-term pain management. Tylenol should not be given to your son after discharge from the hospital unless told to by your son's doctor.

40

Lastly and most importantly, returning your son to your arms for a feeding or for some cuddling as soon as possible after his circumcision has been shown to provide much comfort and support.

Please feel free to talk with your nurse, obstetrician, your baby's pediatrician or family doctor about any questions you have regarding your son's circumcision.

NorhShore University Health System

Newborn Circumcision Care

41

What Should I Expect for my Son after Circumcision?

After the circumcision, the tip of the penis may look raw or yellowish. If there is a bandage, it should be changed with each diapering to reduce the risk of the penis becoming infected. Petroleum jelly should be used to keep the bandage from sticking. It takes about 7-10 days for the penis to fully heal after circumcision.

Are There Any Problems That Can Happen After Circumcision?

Problems after a circumcision are very rare. However, call your pediatrician right away if:

- Your baby does not urinate normally within six to eight hours after the circumcision.
- There is persistent bleeding.
- There is redness around the tip of the penis that gets worse after three to five days.

It is normal to have a little yellow discharge or coating around the head of the penis, but this should not last longer than a week. See your pediatrician if you notice any signs of infection such as redness, swelling or foul-smelling drainage.

@American Academy of Pediatrics. Reprinted with permission. For more information on this and other children's health topics, visit the American Academy of Pediatrics Web site at: www.aap.org/topics.



Medical Group

La circuncisión y el control del dolor

El tratamiento del dolor durante y después de la circuncisión de su hijo es una parte importante del cuidado que recibirá durante su estancia en nuestro hospital. Nuestro objetivo es proporcionarle, tanto a usted como a su hijo, el mayor apoyo posible antes, durante y después de su circuncisión. A continuación se enumeran diferentes métodos que han demostrado reducir el dolor asociado a la circuncisión y mejorar la reactividad de su hijo, así como la interacción con usted y el interés por tomar el pecho después del procedimiento.

Es importante que usted hable sobre los métodos de tratamiento del dolor que se utilizarán durante la circuncisión de su hijo con la persona que realizará el tratamiento. Los métodos disponibles actualmente son:

- Crema Emla - Es una crema anestésica que se aplica en el pene 30-60 minutos antes de la circuncisión.
- Bloqueo anular o bloqueo del pene - Consiste en una inyección de medicamento para adormecer que se aplica en el pene y entumece la parte superior del mismo.

A no ser que usted o su doctor pongan alguna objeción, los siguientes métodos constituyen procedimientos adicionales que se usarán rutinariamente para que su hijo esté más cómodo durante y después de la circuncisión. Estos son:

- Solución de sacarosa – Se ha demostrado que darle a su hijo unas gotas de agua con azúcar o con solución de sacarosa un par de minutos antes de la circuncisión disminuye el llanto y el malestar.
- Tylenol - Puede administrar a su hijo tylenol antes de la circuncisión y durante 24 horas después del procedimiento.

*Nota importante sobre el tylenol. El tylenol solo puede ser utilizado para el tratamiento del dolor a corto plazo. No debería darle tylenol a su hijo después de darle de alta del hospital a no ser que el doctor así lo indique.

Por último y lo que es más importante, sujetar a su hijo en sus brazos para alimentarle o para abrazarle lo antes posible después de su circuncisión ha demostrado proporcionar consuelo y apoyo.

Por favor, hable con su enfermera, su obstetra, con el pediatra o con el médico de cabecera de su bebé sobre cualquier pregunta que pueda tener con respecto a la circuncisión de su hijo.

NorthShore University Health System

Cuidados de la circuncisión del recién nacido

44

¿Qué debería esperar después de la circuncisión?

Después de la circuncisión, la punta del pene puede parecer que está en carne viva o tener un aspecto amarillento. Si hay alguna venda, ésta debería ser cambiada cada vez que le cambia el pañal a su hijo para reducir el riesgo de infección del pene. Debería usarse vaselina para que la venda no se pegue. El pene tarda en curarse de 7 a 10 días tras la circuncisión.

¿Puede ocurrir algún problema después de la circuncisión?

Es raro que ocurra algún problema después de la circuncisión. Sin embargo, llame a su pediatra de inmediato si:

- Su bebé no orina de una manera normal 6- 8 horas después de la circuncisión.
- Si hay una pérdida de sangre persistente.
- Si la rojez alrededor de la punta del pene empeora después de tres a cinco días.

Es normal tener un poco de supuración o revestimiento de color amarillo alrededor de la cabeza del pene, pero esto no debería durar más de una semana. Vaya a ver a su pediatra si nota alguna señal de infección como rojez, hinchazón o resupuración con mal olor.

@Academia Estadounidense de Pediatría. Reimpreso con permiso. Para más información sobre este y otros temas relacionados con la salud infantil, visite el sitio web de la Academia Estadounidense de Pediatría: www.aap.org/topics (en inglés)

FICHA TÉCNICA
Consentimiento de
tratamiento con opioides

45

Nombre del Proyecto	Evanston Hospital
Institución	NorthShore University Health System
Título del documento	Opioid Treatment Agreement Consentimiento de tratamiento con opioides
Tipología de texto	Contrato
Departamento	Kellog Center/Cancer Department Centro Kellog/Departamento de Cáncer
Herramienta TAO	Trados Studio SDL 2009
Idioma Fuente/ Idioma Meta	Inglés/Castellano
Formato del documento	Microsoft Word
Extensión	842 palabras



Medical Group

46

OPIOID TREATMENT AGREEMENT

Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____

Opioid medications are used as one part of an overall treatment plan to help people deal with chronic pain. Along with opioid medications, we will ask you to participate in other activities and programs. These may include exercise, physical therapy, other medications, psychotherapy, vocational counseling, acupuncture, or other therapies.

I, _____, understand that I must follow the guidelines in this document in order to receive opioid medications from Dr. _____

I agree to accept the following responsibilities:

1. I will actively participate in the entire plan that we develop for dealing with chronic pain, which may include exercise, physical therapy, counseling, other medications, or other therapies.
2. I will take medications only at the amounts and times they are prescribed.

3. I will not increase or change medications without the approval of the doctor named above.
4. I will not request opioids or any other pain medicine from anyone other than the doctor named above.
5. I will inform the doctor named above of all other medications that I am taking.
6. I will use only one pharmacy to fill all my opioid prescriptions.
7. I will carefully protect my prescriptions and medications. I understand that no lost prescription or medication will be replaced.
8. I will bring all unused pain medicine and all my prescription drug containers to every office visit.
9. I will not abuse alcohol or any other "street" drugs.
10. I consent to random drug screening. (A drug screen is a laboratory test in which a sample of my blood or urine is checked to see what drugs I have been taking.)
11. I will keep my scheduled appointments or cancel a minimum of 24 hours prior to the appointment.
12. I will only request refills of my prescriptions at scheduled visits or during regular office hours. I understand that refills will not be given at night, during weekends or holidays, or in response to last-minute requests.

Your doctor and treatment team agree to accept the following responsibilities:

1. We will do our best to help you manage your pain.
2. We will refer you to specialists when we think it would benefit you.

3. We will hospitalize you when we think that would be of benefit.
4. We will help you avoid addictive behaviors.

I understand that the doctor named above may stop prescribing opioid medications or change my treatment plan if:

1. The pain does not improve as a result of the opioids.
2. I do not follow the responsibilities outlined above.
3. I give away, sell, or misuse the opioid medications.
4. I develop rapid tolerance or loss of improvement from the treatment.
5. I obtain opioids other than someone other than the doctor named above.

Patient Signature

Date

Physician Signature

Date

YOUR SAFETY RISKS WHILE USING OPIOIDS:

You should be aware of potential side effects of opioids such as decreased reaction time, clouded judgment, and drowsiness. Also, you should know about the possible danger associated with the use of opioids while operating heavy equipment or driving.

49

SOME COMMON SIDE EFFECTS OF OPIOIDS:

- Confusion or other change in thinking.
- Nausea.
- Sleepiness or drowsiness.
- Problems with coordination or balance.
- Vomiting.
- Constipation.
- Breathing too slowly (overdose can stop your breathing completely).
- Aggravation of depression.
- Dry mouth.

THE ABOVE SIDE EFFECTS MAY BE MADE WORSE IF YOU MIX OPIOIDS
WITH OTHER DRUGS, INCLUDING ALCOHOL.

RISKS:

1. Physical dependence. This means that sudden stopping of an opioid drug may lead to withdrawal symptoms such as: Abdominal cramping, diarrhea, rapid heart rate, sweating, nervousness, goose bumps, difficulty sleeping, and runny nose.
2. Psychological dependence. This means that it is possible that stopping the drug will cause you to miss or crave it.
3. Tolerance. This means you may need more and more drug to get the same effect.
4. Addiction .This means that in addition to physical and psychological dependence, you could develop such strong cravings for the drug that your life would focus on obtaining it.
5. Problems with pregnancy. If you are pregnant or contemplate contemplating pregnancy, you should discuss the continuation of opioids with your physician.

50

RECOMMENDATIONS FOR THE RESPONSIBLE USE OF YOUR MEDICATIONS:

1. Keep a diary of the pain medications you are taking, the medication dose, time of day you are taking them, their effect, and any side effects you notice.
2. Use a medication box (You can purchase one at your pharmacy.) that is already divided into days of the week and times of day so that it is easy to keep track of your next scheduled dose of medication.
3. Keep your medication in a secure location; ideally one that is locked and only you can open.
4. Take along only the amount of medication that you need when you leave home so that there is less risk losing all your medications at the same time.

Máster en Traducción Especializada

I have read this document, I understand it, and all my questions have been answered satisfactorily. I consent to the use of opioids to help me deal with chronic pain. I understand that during my treatment with opioids my doctor and I will follow the guidelines described in this document.

51

Patient Signature

Date

Physician Signature

Date



Medical Group

52

Consentimiento de tratamiento con Opioides

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Los medicamentos opioides se utilizan como parte de un plan de tratamiento global para ayudar a la gente a lidiar con los dolores crónicos. Junto con los medicamentos opioides, le pediremos que participe en otras actividades y programas. Éstos podrían incluir ejercicio, terapia física, otro tipo de medicamentos, psicoterapia, orientación vocacional, acupuntura u otras terapias.

Yo, _____, entiendo que debo seguir las directrices de este documento para poder recibir medicamentos opioides del Doctor/a _____

Estoy de acuerdo en aceptar las siguientes responsabilidades:

1. Participaré activamente en el plan que hemos desarrollado para lidiar con el dolor crónico, el cual puede incluir ejercicio, terapia física, orientación, otros tipos de medicamentos u otras terapias.
2. Tomaré los medicamentos solo en las cantidades prescritas y a la hora indicada.

3. No incrementaré ni cambiaré los medicamentos sin el consentimiento del doctor/a nombrado arriba.
4. No solicitaré opioides ni cualquier otro analgésico a ningún doctor/a que no sea el nombrado arriba.
5. Informaré al doctor/a nombrado arriba de todos los medicamentos que estoy tomando.
6. Utilizaré una única farmacia para rellenar mis envases de opioides.
7. Protegeré cuidadosamente mis recetas y medicamentos. Entiendo que no se reemplazará el medicamento o receta que haya perdido.
8. Traeré todos los medicamentos que no haya utilizado y todos los envases de recetas de fármacos a todas las citas.
9. No abusaré del alcohol o de cualquier otra droga ilegal.
10. Doy mi consentimiento para la realización de pruebas de detección de drogas al azar (una prueba de detección de drogas es una analítica donde se analiza una muestra de mi sangre u orina para ver qué tipo de fármacos o drogas he estado tomando).
11. Acudiré a las citas programadas o las cancelaré con un mínimo de 24 horas previas a las mismas.
12. Solicitaré medicamentos solo en las citas programadas o durante el horario de consulta. Entiendo que no se dan medicamentos a la noche, durante los fines de semana, festivos, o como respuesta a solicitudes de última hora.

Tanto su doctor como el equipo de tratamiento están de acuerdo en aceptar las siguientes responsabilidades:

1. Haremos todo lo posible para ayudarle a controlar el dolor.
2. Le referiremos a un especialista cuando pensemos que podría beneficiarle.
3. Le hospitalizaremos cuando pensemos que sería beneficioso para usted.
4. Le ayudaremos a evitar comportamientos adictivos.

54

Entiendo que el susodicho doctor/a puede dejar de recetarme medicamentos opioides o puede cambiar mi plan de tratamiento si:

1. El dolor no mejora con los opioides.
2. No respeto las susodichas responsabilidades.
3. Regalo, vendo o hago mal uso de los medicamentos opioides.
4. Desarrollo una rápida tolerancia o una pérdida de mejoría debido al tratamiento.
5. Obtengo opioides de otras fuentes que no sean el susodicho doctor/a.

Firma del paciente

Fecha

Firma del Doctor/a

Fecha

RIESGOS A TENER EN CUENTA PARA SU SEGURIDAD MIENTRAS ESTÉ TOMANDO OPIOIDES:

Debería tener conocimiento de los efectos secundarios potenciales de los opioides, tales como el descenso del tiempo de reacción, confusión y sensación de adormecimiento. También debería tener conocimiento sobre los posibles peligros asociados al uso de opioides mientras opera con maquinaria pesada o mientras maneja.

55

ALGUNOS EFECTOS SECUNDARIOS COMUNES DE LOS OPIOIDES:

- Confusión o cambios en las habilidades racionales.
- Nausea.
- Adormecimiento o somnolencia.
- Problemas de coordinación o equilibrio.
- Vómitos.
- Estreñimiento.
- Respiración demasiado lenta (una sobredosis puede pararle la respiración por completo).
- Empeoramiento de la depresión.
- Sequedad en la boca.

LOS EFECTOS SECUNDARIOS DESCRITOS ANTERIORMENTE PUEDEN
EMPEORAR SI USTED MEZCLA OPIOIDES CON OTRAS DROGAS,
INCLUYENDO EL ALCOHOL.

RIESGOS:

1. Dependencia física. El cese repentino de la toma de opioides puede causarle síntomas del síndrome de abstinencia como: calambres abdominales, diarrea, frecuencia cardíaca acelerada, sudores, nerviosismo, carne de gallina, dificultades a la hora de dormir y nariz congestionada.
2. Dependencia psicológica. Esto significa que es posible que para cuando haya dejado de tomar el medicamento haya desarrollado una dependencia hacia el mismo.
3. Tolerancia. Puede que necesite cada vez más medicamento para obtener el mismo efecto.
4. Adicción. Además de la dependencia física y psicológica, usted podría desarrollar una adicción al medicamento y podría acabar centrando su vida en la obtención del mismo.
5. Problemas con el embarazo. Si usted está embarazada o contemplando quedarse embarazada, debería hablar sobre la continuación de los opioides con su doctor/a.

56

RECOMENDACIONES PARA EL USO RESPONSABLE DE SUS MEDICAMENTOS

1. Anote en un diario los medicamentos que está tomando, la dosis de medicamentos, la hora a la que los toma, los efectos que causan y los efectos secundarios que usted nota.
2. Utilice una caja para guardar los medicamentos (puede comprar una en su farmacia) que esté dividida en días de la semana y en horas del día para que le sea fácil llevar la cuenta de la siguiente dosis de medicamentos que debe tomar.
3. Guarde sus medicamentos en un lugar seguro, preferiblemente en un lugar que esté cerrado con llave y que solo usted pueda abrirlo.

4. Cuando salga de casa lleve solo la cantidad de medicamentos que necesite tomar para que de este modo haya menos riesgo de perder todos sus medicamentos a la vez.

He leído este documento, lo entiendo y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Doy consentimiento para el uso de opioides con el objetivo de que me ayuden a soportar el dolor crónico. Soy consciente de que durante mi tratamiento con opioides tanto yo como mi doctor/a seguiremos las directrices descritas en este documento.

57

Firma del paciente

Fecha

Firma del Doctor/a

Fecha

FICHA TÉCNICA
La prueba de detección del
síndrome de Down en el
primer trimestre de embarazo

58

Nombre del Proyecto	Evanston Hospital
Institución	NorthShore University Health System
Título del documento	First Trimester Down Syndrome Screening La prueba de detección del síndrome de Down en el primer trimestre de embarazo
Tipología de texto	Artículo informativo
Departamento	Fetal Diagnostic Diagnóstico del Feto
Herramienta TAO	Trados Studio SDL 2009
Idioma Fuente/ Idioma Meta	Inglés/Castellano
Formato del documento	Microsoft Word
Extensión	881 palabras



Medical Group

59

Facts about ...

FIRST TRIMESTER DOWN SYNDROME SCREENING

Who should consider first trimester screening?

First trimester screening is designed for women interested in determining whether their baby is at increased risk for Down Syndrome, Trisomy 13 and Trisomy 18. You are eligible for first trimester screening if you are between 11 and 14 weeks gestation. Talk to your doctor or a Genetic Counselor at Evanston Hospital's Fetal Diagnostic Center by calling 847-570-2864.

Why should I have this screening?

The first trimester screening determines your risk of Down Syndrome , Trisomy 13 and Trisomy 18 during the first trimester of your pregnancy with approximately 90% *or greater detection rate for both singleton and multiple pregnancies *(this includes nasal bone analysis).

What are Down Syndrome, Trisomy 13 and Trisomy 18?

Down Syndrome, Trisomy 13 and Trisomy 18 are chromosome abnormalities that result from the presence of an extra chromosome in every cell of the body. These abnormalities can occur sporadically (no family history) to women of all ages and always cause mental retardation in affected individuals. Additionally, these problems can be associated with multiple birth defects (specially in cases of Trisomy 13 and 18). Chromosome abnormalities cannot be fixed or cured, although some of the medical complications that

arise due to the abnormality may be treatable.

What does the first trimester Down Syndrome screening involve?

Three simple steps...

60

1. A blood test taken at the hospital to measure blood protein levels.
2. An ultrasound, also done at the hospital, to measure nuchal translucency, or the thickness of the back of the fetus's neck. Fetuses with specific abnormalities such as Down Syndrome often have extra fluid in the back of the neck which can be visualized by ultrasonography. Additionally, a nasal bone may be absent in some pregnancies with a chromosome abnormality. Evaluation of the nasal bone is dependent on the position of the fetus and may not be available in all circumstances which will impact the detection rate.
3. An informational meeting with a Genetic Counselor. Screening entails a single visit lasting approximately one hour.

How are Down Syndrome screening results reported?

Once your blood protein levels and ultrasound measurements are determined, an estimate of the risk of Down Syndrome, Trisomy 13 and Trisomy 18 can be calculated. The pregnancy is then considered either “high risk” or “low risk”. These tests are used only to determine the risk of these problems. A “high risk” result does not mean your baby will have Down Syndrome, Trisomy 13 or 18, nor does a “low risk” guarantee the baby will not have one of these abnormalities. However, with up to 95% detection rate, this screening test is the most accurate non -invasive procedure available to determine if the pregnancy is at increased risk.

What does a “high risk” test result mean?

It means there is an increased risk for Down Syndrome, Trisomy 13 or Trisomy 18. A “high risk” screening result does not mean that your baby has Down Syndrome or any other problem; in fact, most women with “high risk” results have normal follow up tests and healthy babies. If the pregnancy is considered “high risk” you may choose to have a diagnostic test such as amniocentesis or chorionic villus sampling (CVS) for further evaluation. A Genetic Counselor will be available to answer all of your questions while making decisions about further testing.

61

What does a “low risk” result mean?

This means that the risk for certain abnormalities such as Down Syndrome is low enough that diagnostic testing is not indicated. Between 90 - 95% of women tested will have a “low risk” result.

What further medical care is suggested if I have first trimester screening?

Routine prenatal care provided by your doctor. The first trimester Down Syndrome screening cannot provide risk assessment for neural tube defects, such as spina bifida. Therefore, a second blood test done between 15 and 19 weeks of pregnancy is recommended to evaluate fetal risk for this genetic problem.

What are the costs associated with first trimester screening?

The cost for complete first trimester screening includes ultrasound, genetic counseling and laboratory charges. If the ultrasound reveals that you are more than 13 weeks, 6 days gestation, and are therefore too far along for screening, you will not be charged for the laboratory fee.

Will insurance pay for first trimester screening?

We do not know if your insurance will cover the cost of screening, but we encourage you to contact your provider directly. The specific billing codes used for insurance purposes

are as follows: 84702, 84163, 76801, 76813 and 96040. By providing your carrier with this information, they should be able to determine whether the costs will be covered. It is important for you to know that some insurance providers will only cover one ultrasound per pregnancy. By submitting a claim for the first trimester ultrasound, you may not be covered for a routine mid-trimester scan. Be sure to clarify this with your provider.

Unless otherwise instructed by you, the hospital will automatically submit the charge for screening to your insurance company. If your insurance company denies payment you will receive a bill directly from Evanston Hospital and you will be responsible for paying the bill in its entirety.

For more information or to schedule an appointment, please call 847-570-2860.



Medical Group

Información sobre...

LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE DOWN EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

¿Quién debería considerar la realización de la prueba de detección en el primer trimestre de embarazo?

La prueba de detección en el primer trimestre está diseñada para las mujeres interesadas en determinar si su bebé tiene un mayor riesgo de padecer síndrome de Down, trisomía 13 y trisomía 18. Usted cumple los requisitos para que le realicen la prueba del primer trimestre si está entre la undécima y la decimocuarta semana de gestación. Hable con su doctor o con un asesor genético en el Centro de Diagnóstico del Feto del Hospital de Evanston llamando al 847-570-2864.

¿Por qué debo hacerme esta prueba de detección?

La prueba del primer trimestre determina el riesgo de tener un bebé con síndrome de Down, trisomía 13 y trisomía 18 durante el primer trimestre de su embarazo, con aproximadamente un índice de detección* del 90% o mayor, tanto para los embarazos de fetos únicos como para los múltiples (*incluye el análisis del hueso nasal).

¿Qué son el síndrome de Down, la trisomía 13 y la trisomía 18?

El síndrome de Down, la trisomía 13 y la trisomía 18 son anomalías cromosómicas que surgen por la presencia de un cromosoma adicional en cada célula del cuerpo. Estas

anomalías pueden producirse de forma esporádica (sin antecedentes familiares) independientemente de la edad de la mujer que está embarazada, y siempre causan retraso mental en los fetos afectados. Además, estos problemas pueden estar asociados a múltiples defectos de nacimiento (especialmente en los casos de trisomía 13 y 18). Las anomalías cromosómicas no pueden ser subsanadas o curadas, aunque algunas de las complicaciones médicas que se presentan a raíz de la anomalía pueden ser tratables.

¿En qué consiste la prueba de detección del síndrome de Down en el primer trimestre?

Tres simples pasos:

1. Un análisis de sangre que se realiza en el hospital para medir los niveles de proteína en la sangre.
2. Un ultrasonido, también realizado en el hospital, para medir la translucencia nuchal o el grosor de la parte posterior del cuello del feto. Los fetos con anomalías específicas como el síndrome de Down tienen a menudo exceso de líquido en la parte posterior del cuello, el cual se puede visualizar por medio de una ultrasonografía. Además, es posible que el tabique nasal esté ausente en algunos embarazos con anomalías cromosómicas. La evaluación del tabique nasal depende de la posición en la que se encuentre el feto, y puede no ser factible de realizar en todas y cada una de las circunstancias, lo cual afectaría el índice de detección.
3. Una reunión informativa con un asesor genético. La prueba de detección incluye una única consulta de una duración de una hora aproximadamente.

¿Cómo se notifican los resultados de la prueba de detección del síndrome de Down?

Una vez que los niveles de proteína y las medidas del ultrasonido estén determinados, es posible calcular el riesgo de tener un bebé con síndrome de Down, trisomía 13 y trisomía 18. El embarazo se considera entonces de "alto riesgo" o de "bajo riesgo". Estas pruebas se realizan únicamente para determinar el riesgo de tener estos problemas.

Un resultado de “alto riesgo” no significa que su bebé vaya a tener síndrome de Down, trisomía 13 o trisomía 18, ni tampoco un resultado de “bajo riesgo” garantiza que el bebé no vaya a tener una de estas anomalías. Sin embargo, con un índice de detección del 95%, esta prueba de detección es el procedimiento no invasivo más preciso disponible para determinar si el embarazo está sujeto a riesgos.

¿Qué significa un resultado de “alto riesgo”?

Significa que hay un mayor riesgo de tener un bebé con síndrome de Down, trisomía 13 o trisomía 18. Un resultado de “alto riesgo” en una prueba de detección no significa que su bebé tenga síndrome de Down o cualquier otro problema; de hecho, la mayoría de las mujeres con resultados de “alto riesgo” tienen resultados normales en las pruebas de seguimiento y bebés sanos. Si el embarazo es considerado de “alto riesgo” puede decidir si quiere realizar una prueba de diagnóstico como la amniocentesis o la muestra de vellosidades coriónicas (CVS, por sus siglas en inglés) para evaluaciones adicionales. Un asesor genético estará disponible para responder todas las preguntas que tenga mientras decide si quiere hacerse pruebas adicionales.

¿Qué significa un resultado de “bajo riesgo”?

Significa que el riesgo de padecer ciertas anomalías como el síndrome de Down es lo suficientemente bajo como para que no se recomiende la realización de las pruebas de diagnóstico. Entre un 90% - 95% de las mujeres examinadas tiene un resultado de “bajo riesgo”.

¿Qué atención médica adicional se recomienda si me someto a la prueba de detección en el primer trimestre?

Los cuidados prenatales rutinarios proporcionados por su doctor. La prueba del síndrome de Down en el primer trimestre no puede proporcionar una evaluación del riesgo de defectos del tubo neural, como la espina bífida. Por lo tanto, se recomienda realizar un segundo análisis de sangre entre las semanas 15-19 de gestación para evaluar el riesgo que el feto pueda tener en referencia a este problema genético.

¿Cuáles son los costos asociados a la prueba de detección en el primer trimestre?

El costo de la prueba completa en el primer trimestre incluye un ultrasonido, asesoramiento genético y los gastos de laboratorio. Si el ultrasonido revela que usted está embarazada de más de 13 semanas y 6 días, y por lo tanto, demasiado avanzada para realizar la prueba, no se le cobrarán los gastos de laboratorio.

66

¿Cubre el seguro médico los gastos de la prueba en el primer trimestre?

No sabemos si su seguro médico cubrirá el costo de la prueba, por lo que le recomendamos que contacte directamente con su proveedor. Los códigos de facturación específicos utilizados para propósitos de cobertura médica son los siguientes: 84702, 84163, 76801, 76813 y 96040. Si usted facilita a su compañía de seguros esta información, pueden determinar si hay una cobertura de gastos o no. Es importante que usted sepa que algunas compañías de seguros cubren únicamente un ultrasonido por embarazo. Si solicita un ultrasonido para el primer trimestre, es posible que no tenga cobertura para una exploración rutinaria en el segundo trimestre. Asegúrese de clarificar esto con su proveedor.

A no ser que usted indique lo contrario, el hospital automáticamente enviará la factura de la prueba a su compañía de seguro médico. Si su compañía de seguro médico se niega a realizar el pago, usted recibirá una factura directamente del Hospital de Evanston y será responsable de pagarla en su totalidad.

**Para obtener más información o para pedir una cita,
llame al 847-570-2860.**

FICHA TÉCNICA
Prueba de portador del ADN
de la fibrosis quística

67

Nombre del Proyecto	Evanston Hospital
Institución	NorthShore University Health System
Título del documento	Cystic Fibrosis DNA Carrier Testing Prueba de portador del ADN de la fibrosis quística
Tipología de texto	Artículo informativo
Departamento	Fetal Diagnostic Diagnóstico del feto
Herramienta TAO	Trados Studio SDL 2009
Idioma Fuente/ Idioma Meta	Inglés/Castellano
Formato del documento	Microsoft Word
Extensión	1.056 palabras



Medical Group

68

Facts about...

CYSTIC FIBROSIS DNA CARRIER TESTING

Cystic Fibrosis (CF) is a common genetic disorder, most frequently seen in the Northern European Caucasian population. About 1 in 2500 individuals of Northern European descent are affected with CF. Due to the advantages made by Human Genome Project, carrier testing for CF is now available. While your healthcare provider is offering you DNA testing to determine your carrier status for CF, this testing is voluntary. Testing can be right for some people and not right for others based on many factors. Whether or not you are tested is a personal decision. This fact sheet will discuss the benefits and limitations of CF carrier testing.

WHAT IS CYSTIC FIBROSIS?

Cystic Fibrosis is a life-long condition that is usually diagnosed in the first few years of life. The disorder involves the accumulation of thick mucus in the respiratory and digestive tract leading to a variety of respiratory and digestive complications. Intelligence and appearance are normal. While medications and respiratory therapy can help to clear the mucus, treatments are costly and may be burdensome, particularly without adequate health insurance. Not all individuals with CF have the same symptoms. Some individuals have mild symptoms, but others have a more severe course. In general, people with CF have a shortened life span; some die in childhood and others live into their 40s or even longer. Although there is no cure for CF, research on more effective treatments is under way. Still, by adulthood, most people with CF will have breathing and digestive problems.

Despite these physical problems, many people with CF attend to school, have careers, and have fulfilling lives.

WHAT IS THE PURPOSE OF CYSTIC FIBROSIS CARRIER TESTING?

69

Cystic Fibrosis carrier testing is a blood test which can determine if a couple is at increased risk for having a child who will have CF. This information can be used in reproductive decision making. If testing shows that a couple is at high risk (generally a 1 out of 4 chance of having an affected child), additional testing can be done during pregnancy on the developing fetus to see whether or not it will have CF. CF cannot be treated before birth.

HOW IS CYSTIC FIBROSIS INHERITED?

CF is a genetic disorder and is inherited in an autosomal recessive manner. This means a child is only at risk if both parents are carriers. Carriers have no symptoms; rather they carry a genetic change (referred to as a “mutation”) that may be passed on to future generations. Although CF is inherited, there is most often no prior family history when an affected child is born. Therefore, the absence of a family history does not mean that you are not a carrier or could never have an affected child. If both parents are carriers of the CF gene, then each child of theirs has a 25% chance of having the disease and a 75% chance of not having the disease.

WHAT ARE THE CHANCES TO BE A CARRIER?

You could be a carrier of CF even if no one in your family has CF and even if you already have children without CF. The table below shows the frequency of CF carriers in various populations and the detection rates of the carriers testing. If someone in your family has CF or is a carrier, your risk will be higher than the risks listed below. Carrier testing requires a small sample of blood and the results take several weeks.

Estimated Carrier Risk

Ethnic Group	Detection Rate	Before Test	After Negative Test
Northern European Caucasian	90%	1/25	1 in 250
Southern European Caucasian	80%	1/29	1 in 140
Ashkenazi Jewish	97%	1/25	1 in 930
African American	69%	1/69	1 in 207
Asian American	Unknown	1/190	Unknown

70

The testing is highly accurate. However, following a negative test result a small chance of being a carrier remains. This is because current testing does not include rare mutations, which may be present and lead to the occurrence of CF in a child. Thus, if only one member of a couple is found to be a carrier while the other tests negative, it is still possible for a child to be affected. However, that chance is quite small. Genetic counseling would be available and the new risk can be calculated. In some cases further testing may be warranted.

If a pregnancy is already underway as you are deciding about testing, it is best to test both partners at the same time because of the length of time it takes for results, usually several weeks. If CF testing shows both parents are carriers, genetic counseling will be recommended to provide you with more information about CF as well as to discuss your prenatal options. You may also request genetic counseling prior to having any testing.

IS THERE PRENATAL TESTING FOR CF?

Yes. If both are carriers of the CF disease gene, prenatal diagnosis can be performed to determine whether or not the fetus is affected. However, if a fetus is affected, it is not possible to predict specifically how severe the symptoms will be.

IF I HAD CF TESTING DO I NEED IT AGAIN?

If the test shows you are a carrier the result is definite and will not change. However, if you are a carrier and have a new partner for a future pregnancy, testing should be considered for the new partner. If you have had testing in the past which is negative, you may want to review the degree of testing that was performed with a genetic counselor, since testing has changed over time. If you test negative now and become pregnant in the future you should discuss CF carrier testing at that time with your provider as test technology changes.

71

DECIDING ON TESTING

After learning about CF testing some people decide to have testing and others decide against it. The cost of the testing is covered by some insurance plans and not by others. It is important to ask your health insurance company about its policies as some plans may not cover genetic testing or may require that you obtain a referral prior to testing. If you have further questions about CF testing discuss it with your healthcare provider or call the Genetic Counseling Office at Evanston Hospital (847) 570-2864.

Información sobre...

LA PRUEBA DE PORTADOR DEL ADN DE LA FIBROSIS QUÍSTICA

La fibrosis quística (FQ) es un trastorno genético común, frecuentemente observado en la población caucásica del norte de Europa. Alrededor de 1 entre 2.500 individuos del norte de Europa tienen fibrosis quística. En la actualidad disponemos de la prueba de portador de la FQ gracias a los avances realizados por el Proyecto del Genoma Humano. Su proveedor de salud le ofrece una prueba de ADN voluntaria para determinar su estatus como portador de la FQ. La prueba puede ser conveniente para algunas personas y no conveniente para otras, dependiendo de los diferentes factores. La realización o la no realización de la prueba es una decisión personal. Esta hoja informativa explicará los beneficios y limitaciones de la prueba de portador de la FQ.

¿QUÉ ES LA FIBROSIS QUÍSTICA?

La fibrosis quística es una afección de por vida que normalmente se diagnostica en los primeros años. Este trastorno implica la acumulación de mucosidad espesa en las vías respiratorias y digestivas que causan una variedad de complicaciones respiratorias y digestivas. La inteligencia y el aspecto son normales. Los medicamentos y las terapias respiratorias pueden ayudar a limpiar la mucosidad, pero los tratamientos son muy caros, especialmente sin el seguro médico adecuado. No todos los individuos con FQ tienen los mismos síntomas. Algunas personas tienen síntomas leves, pero otras tienen un curso más grave. En términos generales, la gente con FQ tiene un período de vida más corto;

algunos mueren en la infancia y otros llegan hasta los 40 o incluso más. Aunque no existe cura para la FQ, se han puesto en marcha investigaciones sobre tratamientos más efectivos. Aun así, al llegar a la edad adulta, la mayoría de la gente con FQ tiene problemas respiratorios y digestivos. A pesar de estos problemas físicos, mucha gente con FQ va a la escuela, estudia carreras y tiene vidas satisfactorias.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE LA PRUEBA DE PORTADOR DE LA FIBROSIS QUÍSTICA?

La prueba de portador de la fibrosis quística consiste en un análisis de sangre que puede determinar si una pareja tiene un mayor riesgo de tener un hijo/a con FQ. Esta información puede ser utilizada para decidir si se quiere tener hijos. Si la prueba muestra que una pareja tiene un alto riesgo (generalmente una posibilidad entre cuatro de tener un niño/a afectado), se pueden realizar durante el embarazo pruebas adicionales en el feto en desarrollo para ver si tendrá FQ o no. La FQ no puede ser tratada antes de que nazca el bebé.

¿CÓMO SE HEREDA LA FIBROSIS QUÍSTICA?

La FQ es un trastorno genético y de herencia autosómica recesiva. Esto significa que el niño/a solo tiene riesgo de tener la enfermedad si los dos padres son portadores. Los portadores no tienen síntomas; más bien tienen un cambio genético (referido como una “mutación”) que puede pasarse a futuras generaciones. Aunque la FQ es heredada, la mayoría de las veces no hay antecedentes familiares previos cuando nace un bebé afectado. Por lo tanto, la ausencia de antecedentes familiares no significa que usted no sea portador o que nunca pueda tener un niño/a afectado. Si ambos padres son portadores del gen de la FQ, entonces cada uno de sus hijos/as tiene una probabilidad de tener la enfermedad del 25%, y una probabilidad del 75% de no tenerla.

¿QUÉ POSIBILIDADES TENGO DE SER PORTADOR?

Puede ser portador de la FQ incluso si nadie en su familia tiene la enfermedad e incluso si ya tiene hijos/as que no tengan FQ. La siguiente tabla muestra la frecuencia de los

portadores de la FQ en varias poblaciones, y el grado de detección de la prueba. Si alguien en su familia tiene FQ o es portador, su riesgo será más elevado que los riesgos mostrados más abajo. La prueba de portador requiere una pequeña muestra de sangre y los resultados tardan varias semanas.

Riesgo estimado de ser portador:

Grupo étnico	Grado de detección	Antes de la prueba	Después de la prueba negativa
Europeos caucásicos del norte de Europa	90%	1/25	1 en 250
Europeos caucásicos del sur de Europa	80%	1/29	1 en 140
Judíos Asquenazí	97%	1/25	1 en 930
Afroamericanos	69%	1/69	1 en 207
Hispanoamericanos	67%	1/46	1 en 105
Asiático-americanos	Desconocido	1/90	Desconocido

La prueba es muy exacta. Sin embargo, aún obteniendo un resultado negativo, todavía existe un pequeño riesgo de ser portador. Esto ocurre porque las pruebas actuales no incluyen las mutaciones poco comunes, las cuales pueden estar presentes y pueden llegar a provocar la aparición de la FQ en el niño/a. De este modo, si se descubre que solo uno de los miembros de la pareja es portador mientras el otro tiene un resultado negativo, todavía existe una posibilidad de que el niño/a esté afectado. Sin embargo, este riesgo es bastante pequeño. Los riesgos pueden ser calculados en la orientación genética. En algunos casos puede que se justifiquen futuras pruebas.

Si el embarazo ya está en proceso mientras usted está decidiendo hacerse la prueba o no, es mejor hacer la prueba a las dos partes simultáneamente debido al tiempo que se tarda en recibir los resultados (normalmente varias semanas). Si la prueba muestra que tanto el

padre como la madre son portadores, se recomienda asesoramiento genético para proporcionarles más información sobre la FQ, así como para hablar sobre sus opciones prenatales. Pueden solicitar asesoramiento genético antes de hacerse cualquier prueba.

¿EXISTE UNA PRUEBA PRENATAL PARA LA FQ?

75

Sí. Si ambos son portadores del gen de la enfermedad de la FQ, se puede realizar un diagnóstico prenatal para determinar si el feto ha sido afectado o no. Sin embargo, si el feto está afectado, no es posible predecir específicamente el grado de severidad de los síntomas.

¿SI ME HICE LA PRUEBA DE LA FQ, TENGO QUE HACÉRMELA OTRA VEZ?

Si la prueba muestra que usted es portador/a el resultado es definitivo y no cambiará. Sin embargo, si usted es portador/a y si tiene una nueva pareja en un futuro embarazo, debería considerar que dicha pareja se hiciese la prueba. Si se ha hecho la prueba en el pasado y ha sido negativa, quizás sea conveniente revisar la vigencia de la prueba que le realizaron con una asesora genética, ya que la realización de la prueba ha cambiado con el tiempo. Si se realiza la prueba ahora y el resultado es negativo, en el caso de que se quede embarazada en el futuro, debería hablar con su proveedor sobre la realización de la prueba de la FQ en ese momento, ya que la tecnología cambia.

LA DECISIÓN SOBRE LA PRUEBA

Después de informarse sobre la prueba de la FQ, hay gente que decide hacerse la prueba y hay gente que no. Algunos planes de seguro médicos cubren el costo de la prueba y otros no. Es importante preguntar a su compañía de seguro médico sobre sus pólizas, ya que algunos planes puede que no cubran la prueba genética o puede que requieran la obtención de una autorización antes de la realización de la misma. Si tiene más preguntas sobre la prueba de la FQ, hable con su proveedor de asistencia sanitaria o llame a la Oficina de Asesoramiento Genético al Hospital de Evanston (847) 570 – 2864 (en inglés).

FICHA TÉCNICA
El meningioma

76

Nombre del Proyecto	Evanston Hospital
Institución	NorthShore University Health System
Título del documento	Meningioma El meningioma
Tipología de texto	Panfleto informativo
Departamento	Kellog Center/Canter Department Centro Kellog/Departamento de Cáncer
Herramienta TAO	Trados Studio SDL 2009
Idioma Fuente/ Idioma Meta	Inglés/ Castellano
Formato del documento	Microsoft Word
Extensión	2.472 palabras

MENINGIOMA

Introduction

Although meningiomas are called brain tumors, they do not grow from brain tissue. They arise from meninges, three thin layers of tissue covering the brain and spinal cord. These tumors most commonly grow inward causing pressure on the brain or spinal cord, but they may also grow outward toward the skull, causing it to thicken. Most meningiomas are benign, slow-growing tumors. Some contain cysts (sacs of fluid), calcifications (mineral deposits), or tightly packed bunches of blood vessels.

There are several systems use to name, or group, these tumors. One system names meningiomas by the type of cells in the tumor. Syncytial (or meningothelial) meningiomas are the most common and feature unusually plump cells. Fibroblastic meningiomas feature long, thin shaped cells. Transitional meningiomas contain both types of cells.

Another system uses the terms benign, atypical, and malignant (or anaplastic) to describe the overall grade of meningiomas. In this system, benign meningiomas contain easily recognized, well-differentiated (resembling normal) cell types which tend to grow slowly. These tumors represent about 80% of the meningiomas. They contain proliferating cells that may be faster growing and more likely to grow back after treatment, even after seemingly complete resection. Therefore, these tumors must be followed carefully for early signs of recurrence. Malignant or “anaplastic” tumors are poorly differentiated

forms that often recur rapidly. Fortunately, they are quite rare (1-2% of meningiomas), but can be highly aggressive and therapeutically challenging.

Another common practice is to attach the location of the tumor to its name. For example, a parasagittal meningioma is located near the sagittal sinus, a major blood vessel at the top of the cerebral hemispheres. A sphenoid ridge meningioma is found along the ridge of bone behind the eyes and nose. Some meningiomas pose problems despite their benign nature, because they are difficult to remove when they are located in functionally sensitive or hard to reach areas. Radiation therapy and stereotactic radiosurgery may be particularly helpful in some of these situations.

78

Incidence

Meningiomas account for about 20 % of all primary brain tumors, which are tumors that begin in the brain or its coverings. They are most likely to be diagnosed in adults older than 60 years of age, and the incidence appears to increase with age. Meningiomas are rarely found in children. They occur about twice as often in women as in men.

Cause

Researchers are studying several theories about the possible origins of meningiomas. Between 40% and 80% of meningiomas contain an abnormal chromosome 22. This chromosome is normally involved in suppressing tumor growth. The cause of this abnormality is not known. Meningiomas also frequently have extra copies of the platelet derived growth factor (PDGFR) and epidermal growth factor receptors (EGFR) which may contribute to the growth of these tumors.

Previous radiation to the head, a history of breast cancer, or neurofibromatosis type 2 may be risk factors for the developing meningioma. Multiple meningiomas occur in 5 % to 15% of patients, particularly those with neurofibromatosis type 2.

Some meningiomas have receptors that interact with the sex hormones progesterone, androgen, and less commonly estrogen. The expression of progesterone receptor is seen

most often in benign meningiomas, both in men and women. The function of these receptors is not fully understood, and thus, it is often challenging for doctors to advise their female patients about the use of hormones if they have a history of a meningioma. Although the exact role of hormones in the growth of meningiomas has not been determined, researchers have observed that occasionally meningiomas may grow faster during pregnancy.

If you have questions about using hormone replacement therapy (HRT) during menopause, please discuss your concerns with your doctors. Together, you can weigh the benefits and risks in light of your individual health situation.

Symptoms

Meningiomas are usually slow growing, and may grow to a large size before causing symptoms. These tumors are most often found in the coverings of the parasagittal/falcine region (near the top of the brain). Other common sites include the sphenoid ridge at the bottom of the brain, called the skull base.

As the tumor grows, it may interfere with the normal functions of the brain. The symptoms will depend on the location of the tumor. The first symptoms are usually due to increased pressure on the brain caused by the growing tumor. Headache and weakness in an arm or leg are the most common, although seizures, personality changes, or visual problems may also occur. Pain and loss of sensation or weakness in the arms or legs are the most common symptoms of spinal cord meningioma.

Extensive information about the parts of the brain and what they control is available in our book, *A Primer of Brain Tumors*.

Diagnosis

Your doctor will begin with a neurological examination, followed by an MRI and/or a CT scan. MR angiography (a MRI scan of the blood vessels) or an arteriogram (a blood vessel X- ray) may be perform to help the doctors plan an embolization, a procedure to

block the blood vessels in the tumor. Used for tumors that have an extensive blood supply, embolization may help reduce bleeding during surgery.

If you have a tumor, these tests help your doctor determine the location, size, and probable type of tumor. However, only an examination of a sample of tumor tissue under a microscope confirms the exact diagnosis. Such a tissue sample can only be obtained through a surgical biopsy or excision.

80

Treatment

Surgery

Surgery is the primary treatment for meningiomas located in an accessible area of the brain or spinal cord, although some tumors may be inoperable. Another factor that neurosurgeons consider is whether your vital organs (heart, lungs, kidneys and liver) are strong enough to withstand anesthesia and surgery.

The goals of surgery are to obtain tumor tissue for diagnosis and to remove as much tumor as possible. If the tumor cannot be removed, a biopsy to obtain a sample of tumor tissue may be performed.

A computer program that combines different MR images taken before surgery may be used to make a three-dimensional, or stereotactic, map of your brain. This map helps the neurosurgeon plan the surgery to remove as much of tumor as possible while avoiding parts of the brain that control vital functions.

During the operation, the surgeon may use stereotactic imaging and instrument-guiding technologies to navigate through the brain. Occasionally, surgery is performed within a specialized MRI (intraoperative MRI) which allows the surgeon to view the tumor during the operation and determine the extent of tumor that is removed. High-powered microscopes may be used to help the surgeon to better see the tumor. Ultrasonic aspirators are used to break up and suction out parts of the tumor.

In cases where the tumor cannot be removed completely, partial removal can help decrease symptoms. Radiation may then be used to treat the remaining tumor.

Radiation

81

Radiation therapy may be used for inoperable tumors that are not completely removed in surgery, malignant tumors, or recurrent tumors. There are different types of radiation that use various doses and schedules. Most forms of radiation, however, are aimed at the tumor and a small area around the tumor.

Conventional external beam radiation is “standard” radiation given 5 days a week for 5 or 6 weeks. A form of “local radiation” may be used instead of, or to boost conventional radiation. Stereotactic radiosurgery aims converged beams of radiation at the tumor. Intensity modulated radiation therapy, also called IMRT, conforms radiation beams to the shape of the tumor.

Stereotactic radiosurgery utilizes numerous finely focused beams of radiation to accurately administer a single high-dose treatment to the tumor, while minimizing the effects to adjacent normal tissue. Therefore, despite the name, this is a non-invasive procedure and there is no real surgery involved. This may be particularly advantageous for patients that are poor surgical candidates, have tumors in high-risk regions of the brain, or have recurrences that are no longer amenable to conventional forms of surgical and radiation therapies. The disadvantages are that the technique may only inhibit further growth, stabilizing – rather than killing or removing – the tumor; and the technique is limited to relatively small tumors, usually those that are less than 3 cm. in size.

For large tumors, or tumors located close to critical structures, stereotactic radiotherapy is often used instead. While stereotactic radiosurgery involves the use of a single large dose of focused radiation, stereotactic radiotherapy involves the administration of smaller doses of focused radiation over a longer period of time (up to several weeks). This reduces the potential for swelling or injury to surrounding structures. Additional information about these forms of radiation therapy is available from our office.

Other treatments

Some treatments are offered in organized research studies called clinical trials. These are generally used for inoperable tumors resistant to radiation. Your doctor can determine if you are a candidate for treatment in one of these trials.

82

Interferon is being studied as an angiogenesis inhibitor. The goal of that search is to stop the growth of blood vessels that nourish the tumor.

Interferon may be offered to those with recurrent tumors and those with malignant meningiomas. Hydroxyurea, used as a radiosensitizing drug in the treatment of other types of tumors, appears to also be capable of starting the process of cell death, or apoptosis, in some meningiomas. Inhibitors of the progesterone receptors, such as RU-486, have also been evaluated as treatment for meningiomas. While early studies showed promise, a more recent randomized trial failed to demonstrate any benefit. Targeted molecular agents including epidermal growth factor receptor (EGFR) inhibitors such as Iressa and Tarceva, platelet – derived growth factor receptor (PDGFR) inhibitor such as Gleevec, and other tyrosine kinase inhibitors are being tested in clinical trials to determine if blocking their effect on the proteins involved in tumor growth may be helpful. Most of these studies are open to people with recurrent or inoperable meningiomas.

There are also several drugs used to treat the symptoms of a brain tumor. Steroids are used to decrease swelling, or edema, around the tumor. Anti-epilepsy drugs control seizures. Anti-emetic drugs prevent vomiting and help control nausea. Additional suggestions for managing side effects are offered in our Focusing on Treatment publication series and are available from our office.

Watchful Waiting

Depending on the location of the tumor, symptoms caused by the tumor, and sometimes patient preference, some meningiomas may be carefully watched. Scans will be recommended during the time of observation, and it is very important to be sure those

scans are done. If your doctor suggests a course of observation, remember that any new or changed symptoms should be promptly reported to your doctor.

Recurrence

83

Most meningiomas are benign and treatable with surgery. However, brain tumors can recur when all of the tumor cells cannot be removed with surgery or killed with other treatments. Over time, those cells multiply and result in tumor regrowth. Your doctor can talk with you about the chances of your tumor recurring. In general, at five years following surgery about 5% of completely resected benign meningiomas, 30% of partially resected benign meningiomas, and 40% of atypical meningiomas have recurred. Although rare, it is also possible that the meningioma may recur as a more aggressive, or higher grade, tumor.

Depending on your general health and the growth characteristics of the tumor, another surgery and possibly radiation therapy can be considered if the tumor recurs. Focused forms of radiation therapy, such as stereotactic radiosurgery, may be repeated or used following a history of conventional radiation therapy. Treatments offered in clinical trials, such as those described under “Other Treatments”, may also be used for recurrent tumors.

Recovery

As with any brain tumor treatment, the length of recovery time varies. The age and general health of the patient, the location and size of the tumor, and the type of treatment all affect the recovery time. Prior to your surgery, ask your doctor about side effects you might expect.

Muscle coordination or speech problems may occur following surgery depending on the location of the tumor; they are often temporary. During this healing time, many brain tumor patients discover the benefits of rehabilitative medicine. The goal of rehabilitative services is to restore physical, vocational, and psychological functions. Services may

include physical, occupational and speech therapy to help reduce some of the symptoms that may accompany a tumor or treatment. Cognitive restraining - a memory training method – is used to teach another part of the brain to take over the tasks of the impaired portion. Visual aids may be required for those with tumors near the optic nerves. Just as important are support services – those which help both patients and their families live with the diagnosis of the brain tumor. Our social worker can be reached at 800-886-2282. They can help you locate both rehabilitative and support services in your area.

Prognosis

People diagnosed with meningioma often have very specific questions regarding their future. They may want to know the risks involved in their surgery, the need for follow-up care or additional treatment, if or how the tumor might affect their life, and what the chances are for their tumor recurring. Although the medical term “prognosis” is usually associated with malignant tumors, a “predication of outcome” may be more applicable to a person with meningioma.

We encourage you to ask these outcome questions to your doctor. S/he can respond to your concerns based on your individual tumor. Your doctor can also explain your treatment plan, the benefits and risks of the treatment plan suggested for you, and what you can expect in the future.

Resources

Support groups and pen-pal programs allow you to share experiences with others in the same situation. Social workers can help you find these support networks, as well as sources of financial assistance, transportation help, rehabilitation programs and other support services. Nurses can provide you with information about how to care for yourself or your loved one. Dieticians can design a healthy eating plan to ensure your body receives the nutrients it needs during and after treatment. We can help you locate these resources in your area.

A Next Step

“Becoming well again through...” is an ABTA quality of life series exploring rehabilitative medicine, memory retraining, managing fatigue, speech pathology and other resources. Please call us at 800-886-2282 for a copy of the series. Our web site – www.abta.org – offers extensive brain tumor information, treatment and research updates, and patient/family stories. The thread that runs through each of our services and programs is hope. Become involved – join us in some way, to make sure there is a cure, and ultimately, a way to prevent brain tumors.

85

We hope that the information in this pamphlet helps you communicate better with the people who are caring for you. Our purpose is not to provide answer; rather, we encourage you to ask questions.



Medical Group

EL MENINGIOMA

Introducción

Aunque los meningiomas son conocidos como tumores cerebrales, no crecen en el tejido del cerebro. Surgen en las meninges, tres finas capas de tejido que cubren el cerebro y la médula espinal. Normalmente, estos tumores crecen hacia el interior creando presión en el cerebro y en la médula espinal, pero también pueden crecer hacia afuera, hacia el cráneo, causando que éste se haga más grueso. La mayoría de los meningiomas son tumores benignos de lento crecimiento. Algunos contienen quistes (bolsas de líquido), calcificaciones (depósitos de mineral), o un conjunto de vasos sanguíneos muy apretados unos con otros.

Existen varios sistemas que se utilizan para denominar o clasificar estos tumores. Un sistema denomina a los meningiomas dependiendo del tipo de células en el tumor. Los meningiomas sincitiales (o meningoteliales) son los más comunes y muestran células inusualmente grandes. Los meningiomas fibroblásticos muestran unas células largas y de forma fina. Los meningiomas de transición contienen los dos tipos de células.

Otro sistema utiliza los términos benigno, atípico y maligno (o anaplásico) para describir el grado general de los meningiomas. En este sistema, los meningiomas benignos contienen tipos de células (con aspecto normal) fácilmente reconocibles y bien diferenciadas, que tienden a crecer lentamente. Estos tumores representan aproximadamente un 80% de los meningiomas. Contienen células proliferantes que

pueden tener un crecimiento rápido y lo más probable es que crezcan después del tratamiento, incluso después de una recesión aparentemente completa. Por lo tanto, estos tumores deben tener un seguimiento cuidadoso para captar cualquier indicio de reaparición. Los tumores malignos o "anaplásicos" son formas difícilmente diferenciadas que a menudo vuelven a presentarse rápidamente. Afortunadamente, son poco comunes (constituyen el 1-2% de los meningiomas), pero pueden ser altamente agresivos y pueden causar desafíos terapéuticos.

Otra práctica común es adjuntar la ubicación del tumor a su nombre. Por ejemplo, el meningioma parasagital está ubicado al lado del seno longitudinal, un vaso sanguíneo muy importante en la parte superior del hemisferio cerebral. El meningioma del ala esfenoidal se encuentra a lo largo de la cresta del hueso situado detrás de los ojos y la nariz. Algunos meningiomas plantean problemas a pesar de su naturaleza benigna, debido al hecho de que son difíciles de extraer cuando están ubicados en áreas funcionalmente delicadas o de difícil acceso. La radioterapia y la radiocirugía estereotáxica pueden ser particularmente útiles en algunas de estas situaciones.

Incidencia

Los meningiomas representan alrededor del 20% de todos los tumores cerebrales principales, que son los tumores con origen en el cerebro o en la duramadre. Se diagnostican generalmente en adultos mayores de 60 años, y parece ser que la incidencia incrementa con la edad. Los meningiomas raras veces aparecen en niños/as. Se ven en las mujeres más o menos con el doble de frecuencia que en los hombres.

Causa

Los investigadores están estudiando varias teorías relacionadas con los posibles orígenes de los meningiomas. Entre el 40% y 80% de los meningiomas contienen un cromosoma 22 anómalo. Este cromosoma normalmente toma parte en la contención del crecimiento del tumor. No se conoce la causa de esta anomalía. Los meningiomas también tienen

frecuentemente copias extra del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFR, por sus siglas en inglés) y del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR, por sus siglas en inglés), que pueden contribuir al crecimiento de estos tumores.

Las radiaciones previas a la cabeza, los antecedentes de haber tenido cáncer de pecho, o la neurofibromatosis de tipo 2 pueden ser factores de riesgo para el desarrollo del meningioma. Los meningiomas múltiples ocurren en el 5% y 15% de los pacientes, particularmente en aquellos con neurofibromatosis de tipo 2.

Algunos meningiomas tienen receptores que interactúan con las hormonas sexuales como la progesterona, los andrógenos y menos comúnmente los estrógenos. La expresión del receptor de estrógeno se observa más a menudo en los meningiomas benignos, tanto en los hombres como en las mujeres. La función de estos receptores no se entiende del todo, lo que constituye un reto para los doctores aconsejar a las pacientes sobre el uso de hormonas si tienen antecedentes de meningiomas. A pesar de que no ha sido determinado el rol exacto de las hormonas en el crecimiento de los meningiomas, los investigadores han observado que ocasionalmente los meningiomas pueden crecer más rápidamente durante el embarazo.

Si usted tiene preguntas sobre el uso de la terapia hormonal sustitutiva (THS) durante la menopausia, por favor hable con sus doctores sobre cualquier preocupación que pueda tener. Con nuestra ayuda, usted puede sopesar los beneficios y riesgos teniendo en cuenta su situación de salud personal.

Síntomas

Los meningiomas usualmente tienen un crecimiento lento, y pueden crecer hasta llegar a tener un tamaño grande antes de causar síntomas. Estos tumores se suelen encontrar en la envoltura de la región parasagital (al lado de la parte superior de la cabeza). Otros lugares comunes incluyen el ala esfenoidal en la parte inferior del cerebro, llamado la base del cráneo.

A medida que el tumor crece, puede que interfiera con las funciones normales del cerebro. Los síntomas dependerán de la ubicación del tumor. Los primeros síntomas

normalmente son debidos al incremento de presión en el cerebro causado por el crecimiento del tumor. Los dolores de cabeza y la debilidad en un brazo o en una pierna son los síntomas más comunes, aunque también pueden ocurrir convulsiones, cambios de personalidad o problemas visuales. El dolor y la pérdida de sensación o debilidad en los brazos o en las piernas son los síntomas más comunes del meningioma de médula espinal.

Puede encontrar amplia información sobre las partes del cerebro y sobre el control de cada una de ellas en nuestro libro, *A Primer of Brain Tumors* (en inglés).

Diagnóstico

Su doctor/a comenzará con una exploración neurológica, seguida de una IRM y/o un TAC. Puede que se realice una angiografía de IRM (una IRM de los vasos sanguíneos), o un arteriograma (rayos X de los vasos sanguíneos) para ayudar a los doctores a planear una embolización, un procedimiento para bloquear los vasos sanguíneos en el tumor. La embolización, utilizada en los tumores que tienen un suministro de sangre abundante, puede reducir la pérdida de sangre durante la intervención quirúrgica.

Si usted tiene un tumor, estos exámenes ayudan a su doctor/a a determinar la ubicación, el tamaño, y el posible tipo de tumor. Sin embargo, solo el examen con microscopio de una muestra del tejido del tumor confirma el diagnóstico exacto. Solo se puede obtener esa muestra de tejido a través de una biopsia o escisión quirúrgica.

Tratamiento

Intervención quirúrgica

La intervención quirúrgica es el principal tratamiento para los meningiomas ubicados en una zona accesible del cerebro o de la médula espinal, aunque algunos tumores pueden ser inoperables. Otro factor considerado por los neurocirujanos es si sus órganos vitales

(corazón, pulmones, riñones e hígado) son los suficientemente fuertes para resistir la anestesia y la intervención.

Los objetivos de la intervención quirúrgica son obtener tejido del tumor para un diagnóstico y extirpar la máxima cantidad posible del tumor. Si no se puede extirpar el tumor, se realizará una biopsia para obtener una muestra del tejido del mismo.

90

Se podrá utilizar un programa informático para realizar un mapa tridimensional o estereotáxico de su cerebro. Este programa combina diferentes imágenes de RM sacadas antes de la intervención. La realización de una cartografía ayuda al neurocirujano a planear la intervención para extraer todo lo posible del tumor mientras evita partes del cerebro que controlan las funciones vitales.

Durante la operación, el cirujano puede utilizar imágenes estereotáxicas y tecnología de guía instrumental para navegar a través del cerebro. Ocasionalmente, se realiza la intervención con una IRM (IRM intraoperativa), la cual permite al cirujano observar el tumor durante la operación y determinar la extensión del tumor que se extirpa. Se podrán utilizar microscopios de alta resolución para ayudar al cirujano a ver mejor el tumor. Se utilizan aspiradores ultrasónicos para romper el tumor y succionar las partes del mismo.

En los casos en los que el tumor no pueda extraerse completamente, la extracción parcial puede ayudar a reducir los síntomas. A continuación, puede utilizarse la radiación para tratar el resto del tumor.

Radiación

Puede utilizarse la radioterapia para los tumores inoperables que no se extirpen completamente en una intervención quirúrgica, para los tumores malignos, o para los tumores recurrentes. Hay tres diferentes tipos de radiaciones que usan varias dosis y pautas. La mayor parte de estas formas de radiación, sin embargo, se dirigen al tumor y a la pequeña área alrededor del mismo.

La radioterapia externa convencional es una radiación estándar que se administra 5 días a la semana durante 5 o 6 semanas. Puede utilizarse una forma de “radiación local” como sustitución o potenciación de la radiación convencional. La radiocirugía estereotáxica dirige rayos convergentes de radiación al tumor. La radioterapia con intensidad modulada, también llamada IMRT (por sus siglas en inglés), ajusta los rayos de radiación a la forma del tumor.

La radiocirugía estereotáxica hace uso de numerosos rayos finos y concentrados de radiación para administrar con precisión una única dosis elevada de tratamiento al tumor, mientras minimiza los efectos en el tejido normal adyacente. Por lo tanto, a pesar del nombre, éste es un procedimiento no invasivo y no hay ningún tipo de cirugía involucrada. Esto puede ser particularmente ventajoso para los pacientes que no son buenos candidatos para una intervención quirúrgica, para los pacientes que tienen tumores en zonas del cerebro de alto riesgo, o para los pacientes que han tenido recidivas y que no responden a las formas convencionales de cirugía y de radioterapia. Las desventajas son que la técnica puede que inhiba el crecimiento, estabilizando el tumor (en vez de eliminarlo o extirparlo), y que la técnica está limitada a los tumores relativamente pequeños, normalmente aquellos que miden menos de 3 cm.

Para los tumores de mayor tamaño, o los tumores ubicados cerca de estructuras críticas, se utiliza a menudo la radioterapia estereotáxica. Mientras que la radiocirugía estereotáxica consiste en el uso de una única gran dosis de radiación de enfoque preciso, la radioterapia estereotáxica consiste en la administración de dosis más pequeñas de radiación de enfoque preciso durante un período más largo de tiempo (hasta varias semanas). Esto reduce la posible hinchazón o lesión de las estructuras circundantes. Puede conseguir información adicional sobre estas radioterapias en nuestra oficina.

Otros tratamientos

Se ofrecen algunos tratamientos en estudios de investigación organizados llamados ensayos clínicos. Estos tratamientos se utilizan generalmente con tumores inoperables

resistentes a la radiación. Su doctor puede determinar si usted es un candidato para recibir tratamiento en uno de estos ensayos.

Se está estudiando el interferón como antiangiogénico. El objetivo de esa investigación es detener el crecimiento de los vasos sanguíneos que alimentan el tumor.

92

Se puede administrar interferón a aquellos pacientes con tumores recurrentes y aquellos con meningiomas malignos. La hidroxiurea, empleada como un fármaco radiosensibilizador en el tratamiento de otros tipos de tumores, parece ser capaz de iniciar el proceso de la muerte celular o apoptosis en algunos meningiomas. Los inhibidores de los receptores de progesterona, tales como el RU-486, también han sido evaluados como tratamientos para los meningiomas. Mientras que los primeros ensayos eran prometedores, un reciente estudio aleatorio no consiguió demostrar ningún beneficio. En los ensayos clínicos se están examinando los agentes moleculares como blanco (éstos incluyen los inhibidores del receptor del factor del crecimiento epidérmico [EGFR] tales como Iressa y Tarceva; los receptores de factor de crecimiento derivado de las plaquetas tales como Gleevec; y otros inhibidores de la tirosina quinasa) para determinar si podría ser útil el bloqueo del efecto que producen en las proteínas involucradas en el crecimiento del tumor. La mayoría de estos estudios están abiertos a gente con meningiomas recurrentes o inoperables.

También existen varios medicamentos que se emplean para tratar los síntomas de un tumor cerebral. Se utilizan los esteroides para disminuir la hinchazón o el edema alrededor del tumor. Los medicamentos anti-epilépticos controlan las convulsiones. Los medicamentos antieméticos previenen los vómitos y ayudan a controlar la náusea. Se ofrecen sugerencias adicionales para el control de los efectos secundarios en nuestra serie de publicaciones "Focusing on Treatment" (en inglés), las cuales están disponibles en nuestra oficina.

Conducta expectante

Dependiendo de la ubicación del tumor, de los síntomas causados por el tumor, y algunas

veces, de la preferencia del paciente, algunos meningiomas pueden ser cuidadosamente vigilados. Se recomienda realizar escáneres durante el período de observación, y es muy importante asegurarse de que se realicen. Si su doctor sugiere la vía de la observación, recuerde que cualquier cambio o nuevo síntoma debe de ser notificado inmediatamente.

Recurrencia

La mayoría de los meningiomas son benignos y tratables con cirugía. Sin embargo, los tumores cerebrales pueden volver a aparecer cuando no es posible eliminar todas las células del tumor a través de la cirugía u otros tratamientos. Con el tiempo, esas células se multiplican y como consecuencia provocan el crecimiento del tumor. Su doctor puede hablar con usted sobre las posibilidades de que el tumor recurra. En general, cinco años después de una intervención quirúrgica, alrededor del 5% de los meningiomas benignos completamente reducidos, el 30% de los meningiomas benignos parcialmente reducidos, y el 40% de los meningiomas atípicos han vuelto a aparecer. Aunque es raro, también es posible que el meningioma pueda volver a aparecer como un tumor más agresivo y de mayor grado.

Dependiendo de su salud y las características de crecimiento del tumor, se pueden considerar otra intervención quirúrgica y posiblemente más radioterapia si el tumor vuelve a aparecer. Se puede repetir la radioterapia de enfoque preciso, como la radiocirugía estereotáxica, o realizarla después del uso de la radioterapia convencional. También se pueden utilizar los tratamientos ofrecidos en los ensayos clínicos para los tumores recurrentes, tales como aquellos descritos en el apartado "Otros tratamientos".

Recuperación

Como cualquier tratamiento de tumor cerebral, el tiempo de recuperación varía. Tanto la edad y la salud del paciente como la ubicación, el tamaño del tumor y el tipo de tratamiento afectan el tiempo de recuperación. Antes de la intervención quirúrgica, pregunte a su doctor sobre los efectos secundarios que podría experimentar.

Después de la intervención y dependiendo de la ubicación del tumor, puede que tenga problemas de coordinación muscular o problemas con el habla. Estos problemas suelen ser pasajeros. Durante este período curativo, muchos pacientes con tumores cerebrales descubren los beneficios de la medicina de rehabilitación. El objetivo de los servicios de rehabilitación es restablecer las funciones físicas, vocacionales y psicológicas. Los servicios pueden incluir terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla para ayudar a reducir algunos de los síntomas que pueden surgir a raíz del tumor o del tratamiento. Se utiliza el dominio cognitivo, un método de entrenamiento de la memoria para enseñar a otra parte del cerebro a asumir las tareas de la parte dañada. Puede que se requieran soportes visuales para aquellos pacientes con tumores cercanos a los nervios ópticos. Los servicios que ayudan a los pacientes y sus familiares con el diagnóstico del tumor cerebral son igual de importantes que los servicios de apoyo. Puede ponerse en contacto con nuestra trabajadora social en el número de teléfono 800-886-2282. Le pueden ayudar a encontrar servicios de rehabilitación y servicios de apoyo en su zona.

Pronóstico

Las personas que son diagnosticadas con meningiomas normalmente tienen preguntas específicas sobre su futuro. Quieren saber los riesgos de la intervención quirúrgica, la necesidad de cuidados posoperatorios o tratamientos adicionales, si el tumor puede afectar sus vidas y si es así cómo, y cuáles son las posibilidades de que el tumor recurra. Aunque el término médico “pronóstico” está normalmente asociado a los tumores malignos, el término "previsión de futuro" puede que sea más correcto para referirse a una persona con meningioma.

Le animamos a que le formule todas las preguntas referentes a los resultados a su doctor. Su doctor/a puede contestar a todas sus preguntas basándose en el tumor que usted tenga. Su doctor/a también puede explicarle su plan de tratamiento, los beneficios y los riesgos del plan de tratamiento sugerido, y qué puede esperar en el futuro.

Recursos

Los grupos de apoyo y los programas de correspondencia le permiten compartir experiencias con otras personas en la misma situación. Las trabajadoras sociales pueden ayudarle a encontrar estas redes de apoyo, así como las fuentes de asistencia financiera, ayuda con el transporte, programas de rehabilitación y otros servicios de apoyo. Las enfermeras le pueden facilitar información sobre cómo cuidarse uno mismo o cómo cuidar a su ser querido. Las dietistas pueden diseñar un plan alimenticio saludable para asegurarse de que su cuerpo recibe los nutrientes necesarios durante y después del tratamiento. Podemos ayudarle a ubicar estos recursos en su área.

95

El siguiente paso

"Becoming well again through ..." es una serie de ABTA en inglés sobre la calidad de vida que explora la medicina de rehabilitación, la terapia de la memoria, la gestión de la fatiga, la patología del habla y otros recursos. Por favor, llámenos al 800-886-2282 para solicitar una copia de esta serie. Nuestra página web www.abta.org (en inglés) ofrece amplia información sobre los tumores cerebrales, actualizaciones sobre tratamientos e investigaciones, e historias sobre pacientes y miembros familiares. El hilo conductor de cada uno de nuestros servicios y programas es la esperanza. Involúcrese, únase a nosotros de alguna manera, para asegurarse de que hay una cura, y en última instancia, un modo de prevenir los tumores cerebrales.

Esperamos que la información en este panfleto le ayude a comunicarse mejor con la gente que está cuidando de usted. Nuestro propósito no es proporcionarle respuestas; más bien, le animamos a que usted haga preguntas.

FICHA TÉCNICA
Reconocimiento de paternidad
voluntaria de Illinois

96

Nombre del Proyecto	Evanston Hospital
Institución	NorthShore University Health System
Título del documento	Illinois Voluntary Acknowledgment of Paternity Reconocimiento de paternidad voluntaria de Illinois
Tipología de texto	Documento legal
Departamento	Labor & Delivery Maternidad
Herramienta TAO	Trados Studio SDL 2009
Idioma Fuente/ Idioma Meta	Inglés/Castellano
Formato del documento	Microsoft Word
Extensión	1.200 palabras

Illinois Voluntary Acknowledgment of Paternity

Instructions: PRINT in BLACK ink. Press firmly and use a ballpoint pen. Do not cross out words or make corrections or your form will be rejected. If you make a mistake, ask for a new form. See additional instructions on the reverse side of this form.

97

Read carefully and complete all information before signing this form. Call the Child Support Customer Service Call Center at 1-800-447-4278 if you have questions. Questions about the birth certificate must be directed to the Illinois Department of Public Health, Division of Vital Records, at www.idph.state.il.us/vitalrecords or to the following phone number: 217 -7 82-6554.

Child's First Name	Middle Name	Last Name (same as on birth certificate)
Sex (circle) M F	Date of Birth (mm/dd/yy)	Place of Birth - Hospital Name City/State

Father's Name (first/middle/last)	Date of Birth (mm/dd/yy)	Place of Birth (city/state)
Address	City/State/Zip	Social Security Number

Mother's Name (first/middle/last) Mother's Maiden Name	Date of Birth (mm/dd/yy)	Place of Birth (city/state)
Address	City/State/Zip	Social Security Number

Were you married to a man other than the biological father when this child was conceived?

Yes No

By signing, I:

1. Understand that this is a legal document. I understand that when the Voluntary Acknowledgment of Paternity (hereafter called VAP) is signed and witnessed, it is the same as a court order determining the legal relationship between a father and child.
2. Understand that if I am a minor, I have the right to sign and have this form witnessed without my guardian's permission. I understand that when the parents are minors, paternity is not conclusive until six months after the younger of the parents turns 18.
3. Understand that both parents have the right to all notices of any adoption proceedings.

4. Understand my responsibility to provide financial support for the child that may include child support and medical support starting from the child's birth until the child is 18 years old.
5. Understand that this VAP does not give custody or visitation to the father. However, this gives the father the right to ask the court for custody or visitation.
6. Understand that either the mother or father may withdraw the action by signing a Rescission of VAP. The Rescission must be signed and received by the Department within 60 days signing the VAP or the date of a proceeding relating to the child, whichever occurs earlier.
7. Have read the instructions on the back of this form, been provided an oral explanation about the VAP and understand my rights and responsibilities created and waived by signing this form. Oral explanations can be heard by calling 1-800-447-4278.

I ALSO UNDERSTAND THAT I CAN REQUEST A GENETIC TEST REGARDING THE CHILD'S PATERNITY, AND THAT BY SIGNING THIS FORM I AM GIVING UP MY RIGHT TO A GENETIC TEST.

Máster en Traducción Especializada

Father's Signature _____	Mother's Signature _____
Print Name of Father _____	Print Name of Mother _____
Witness' Signature _____	Witness' Signature _____ 100
Print Name of Witness _____	Print Name of Witness _____
Witness Address _____	Witness Address _____
Witness' Telephone # _____	Witness' Telephone # _____
Date Parties Signed _____	Date Parties Signed _____

Original – Send to HFS/ACU, 110 W Lawrence, Springfield, IL 62704, if signed in hospital. Send original and first copy to HFS if signed outside hospital.

HFS 3416B (R-2-09)

For Official Use Only

Case # _____ Docket # _____ CP RIN _____ NCP RIN _____ Child RIN _____

Instructions for Completing the Illinois Voluntary Acknowledgment of Paternity

101

PURPOSE: The Voluntary Acknowledgment of Paternity (hereafter called VAP) legally establishes the biological father and child relationship (when the biological father is not married to the child's mother) and allows the biological father's name to be placed on the birth certificate. The biological father becomes the legal father of the child when the VAP is properly signed and witnessed, creating certain legal rights and responsibilities for the child and the parents.

If the mother is or was married to a man who is not the biological father when the child was conceived or born, a Denial of Paternity (hereafter called the Denial) must be signed and witnessed before the mother and biological father may sign the Acknowledgment (refer to instruction 2 below).

PLEASE READ ALL PARTS OF THIS FORM, INCLUDING THE INFORMATION REGARDING YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES BEFORE COMPLETING THIS FORM.

1. The VAP may not be signed before your child is born.
2. The mother must indicate "yes" or "no" if she is or was married at the time of conception or upon the birth of the child, and the husband/ex-husband is not the biological father. The husband/ex-husband and mother must sign the Denial and the mother and biological father must sign the VAP to establish legal paternity and place the biological father's name on the birth certificate. If the husband/ex-husband and the mother do not sign the Denial, the husband/ex-husband is presumed to be the father of the child and his name, by law, must be placed on the birth certificate.

3. Each person must sign and date all forms in front of a witness. A witness must be an adult age eighteen or older but cannot be the parents or the child named on the VAP.
4. If you are completing the VAP (and Denial, if necessary) at the hospital when the child is born, hospital staff will add the biological father's name to the birth certificate.
5. You may complete the VAP (and Denial, if necessary) after you leave the hospital.
6. You may complete the VAP (and Denial, if necessary) for a child born in another state when the biological father was not married to the mother of the child.
7. When the VAP (and Denial, if necessary) is not completed at the hospital, the parents must sign and date the form(s) in front of an adult witness.
8. Send the completed original and second copy to:

Administrative Coordination Unit (ACU)

110 West Lawrence Street

Springfield, Illinois 62704

To ensure that the biological father's name is placed on the child's birth certificate, the ACU will then send the completed VAP (and Denial, if necessary) to either the:

1. Illinois Department of Public Health, Division of Vital Records (for Illinois births), or
2. Vital Records Office in affected state (for out of state births).

NOTE: Forms that contain errors will be rejected. As a result, paternity is not established and the biological father's name will not be placed on the birth certificate.

103

FOR MORE INFORMATION about completing the VAP, read the flyer "Two Parents...Give Your Child HOPE." You may obtain the flyer by asking hospital staff, state and local registrars, county clerks, Department of Human Services offices or Child Support Enforcement offices. You will also be given a child support services application if you are not currently receiving public assistance.

If you have any questions relating to the child's birth certificate, please contact the Department of Public Health's Division of Vital Records at www.idph.state.il.us/vitalrecords or call 217 -7 82-6554.

If you have any questions relating to completing this form, please call the Child Support Customer Service Call Center at 1-800-447-4278.

Reconocimiento de paternidad voluntaria de Illinois

Instrucciones: ESCRIBA con TINTA NEGRA. Presione fuerte a la hora de escribir y utilice una pluma. No haga tachones o correcciones o su formulario será rechazado. Si comete algún error, pida un nuevo formulario. Vea las instrucciones adicionales al dorso de este documento.

104

Lea cuidadosamente y rellene toda la información antes de firmar este impreso. Si tiene alguna pregunta puede llamar al Centro de atención telefónica del Servicio al Consumidor del Departamento de Manutención para Menores al 1-800-447-4278. Las preguntas relacionadas con el certificado de nacimiento deben ser dirigidas a la División de Registro Civil del Departamento de Salud Pública de Illinois, en la página web www.idph.state.il.us/vitalrecords, o llamando a este número de teléfono: 217-782-6554.

Nombre del niño/a	Segundo nombre	Apellido (el mismo que aparece en el certificado de nacimiento)
Sexo (marque con una redonda) H M	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Lugar de nacimiento - Nombre del hospital Ciudad/Estado

Nombre del padre (primer nombre/segundo n./ apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Lugar de nacimiento (ciudad/estado)
Dirección	Ciudad/Estado/Código postal	Número de la seguridad social

Nombre de la madre (primer nombre/segundo n./apellido) Nombre de soltera	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Lugar de nacimiento (ciudad/estado)
Dirección	Ciudad/Estado/Código postal	Número de la seguridad social

En el momento de la concepción de este niño/a, ¿estaba usted casada con un hombre que no fuese el padre biológico del niño/a?

Sí No

Al firmar este formulario:

1. Entiendo que este es un documento legal. Entiendo que cuando el Reconocimiento de paternidad voluntaria (de ahora en adelante llamado RPV) sea firmado y atestiguado, tendrá la misma validez que una orden judicial que determina la relación legal entre el padre y el niño/a.
2. Entiendo que si soy menor de edad, tengo derecho a firmar y atestiguar este formulario sin el consentimiento de mi tutor legal. Entiendo que cuando los padres son menores de edad, la paternidad no es concluyente hasta 6 meses después de que el menor de los padres cumpla 18 años de edad.
3. Entiendo que los padres tienen derecho a recibir cualquier notificación relacionada con los procedimientos de adopción.
4. Acepto mi responsabilidad de proveer ayuda financiera a mi hijo/a. Entiendo que esta ayuda financiera puede incluir manutención de alimentos y ayuda médica desde el nacimiento del niño/a hasta que cumpla 18 años de edad.
5. Entiendo que este RPV no le otorga la custodia o el derecho a visitas al padre. Sin embargo, este documento le permite al padre solicitar al Tribunal la custodia del niño/a o las visitas al mismo.
6. Entiendo que tanto la madre como el padre pueden anular el RPV mediante la firma del impreso de Anulación del RPV. La Anulación tiene que ser firmada y recibida en el Departamento antes de que transcurran 60 días después de la firma del RPV, o antes de la fecha del procedimiento judicial del niño/a, cualquiera que ocurra primero.

He leído las instrucciones al dorso de este formulario, he recibido una explicación oral sobre el RPV, y entiendo mis derechos y responsabilidades creados y renunciados al firmar este documento. Para una explicación oral puede llamar al 1-800-447-4278.

TAMBIÉN ENTIENDO QUE PUEDO SOLICITAR UN TEST GENÉTICO EN LO QUE CONCIERNE A LA PATERNIDAD DEL NIÑO/A, Y QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO ESTOY RENUNCIANDO A MI DERECHO A INSTAR ESTE TIPO DE TEST.

107

Firma del padre _____	Firma de la madre _____
Nombre del padre (letra de imprenta) _____	Nombre de la madre (letra de imprenta) _____
Firma del testigo _____	Firma del testigo _____
Nombre del testigo (letra de imprenta) _____	Nombre del testigo (letra de imprenta) _____
Dirección del testigo _____	Dirección del testigo _____
Teléfono del testigo _____	Teléfono del testigo _____
Fecha de firma entre las partes _____	Fecha de firma entre las partes _____

Si se firma en el hospital, mandar el original a HFS/ACU, 110 W Lawrence, Springfield, IL, 62704.

Si se firma fuera del hospital, mandar el original y una copia a HFS.

HFS 3416B (R-2-09)

Solo para uso oficial

Nº de caso _____ Nº de expediente _____ CP RIN _____ NCP NIR _____ RIN
del niño/a _____

Instrucciones para rellenar el reconocimiento de paternidad voluntaria de Illinois

108

Propósito: El Reconocimiento de paternidad voluntaria (de aquí en adelante llamado RPV) establece legalmente la relación entre el padre biológico y el niño/a (cuando el padre biológico no esté casado con la madre del niño/a), y permite reflejar el nombre del padre biológico en el certificado de nacimiento. Cuando el RPV es debidamente firmado y atestiguado, el padre biológico se convierte en el padre legal del niño/a, creando así ciertos derechos legales y responsabilidades para el niño/a y los padres.

Si la madre está o estaba casada con otro hombre que no es el padre biológico del niño/a en el momento de la concepción o nacimiento del mismo, debe firmarse y atestiguar el formulario de la Negación de la paternidad (denominada Negación de aquí en adelante), antes de que la madre y el padre biológico firmen el RPV (véase el punto número 2, a continuación).

POR FAVOR, LEA TODAS LAS PARTES DE ESTE FORMULARIO ANTES DE RELLENARLO, INCLUIDA LA INFORMACIÓN REFERENTE A SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.

1. El RPV no puede ser firmado antes del nacimiento del niño/a.
2. La madre debe indicar “sí” o “no” si está o estaba casada durante la concepción o en el momento del nacimiento del niño/a, y si el esposo/ex-esposo no es el padre biológico. El esposo/ex-esposo y la madre deben firmar la Negación y la madre y el padre biológico deben firmar el RPV para establecer la paternidad legal y para reflejar el nombre del padre biológico en el certificado de nacimiento. Si el esposo/ex-esposo y la madre no firman la Negación, se supone que el esposo/ex-esposo es el padre del niño/a y su nombre, por ley, debe aparecer en el certificado de nacimiento.

3. Cada persona tiene que firmar y fechar todos los documentos ante un testigo. El testigo tiene que ser un adulto mayor de edad, pero no puede ser ninguno de los padres o el niño/a mencionados en el RPV.
4. Si rellena el RPV (o la Negación, si es necesaria) en el hospital en el momento del nacimiento del niño/a, el personal del hospital inscribirá el nombre del padre biológico en el certificado de nacimiento.
5. Puede rellena el RPV (o la Negación, si es necesaria) después de salir del hospital.
6. Puede rellena el RPV (o la Negación, si es necesaria) para un niño/a nacido en otro estado en el caso de que el padre biológico no estuviese casado con la madre del niño/a.
7. Cuando el RPV (o la Negación, si es necesaria) no se haya relleno en el hospital, los padres deben firmar y fechar el formulario enfrente de un testigo adulto.
8. Envíe el documento original y una copia del mismo a:

Administrative Coordination Unit (ACU)

(Unidad de Coordinación Administrativa)

110 West Lawrence Street

Springfield, Illinois 62704

Para asegurarse de que el nombre del padre biológico aparece en el certificado de nacimiento, la Unidad de Coordinación Administrativa enviará el RPV (y la Negación, si es necesaria) a cualquiera de estas oficinas:

1. La División de Documentos Vitales del Departamento de Salud Pública de Illinois (para los nacimientos en el estado de Illinois), o a

2. La Oficina de Documentos Vitales del estado pertinente (para los nacimientos en otros estados).

NOTA: Los formularios que tengan algún error serán rechazados. Como resultado, la paternidad no será establecida y el nombre del padre biológico no aparecerá en el certificado de nacimiento.

110

PARA MÁS INFORMACIÓN sobre cómo rellenar el RPV, puede leer el folleto “Two Parents... Give your Child HOPE” (en inglés). Para obtener este folleto, pregunte al personal del hospital, a los secretarios estatales o locales, a los funcionarios del condado, en las oficinas del Departamento de Servicios Humanos o en las oficinas del programa para el Cumplimiento del Sustento de Menores. También recibirá una solicitud para los servicios de manutención para menores en el caso de que no esté recibiendo asistencia pública.

Si tiene alguna pregunta referente al certificado de nacimiento del niño/a, por favor póngase en contacto con la División de Registro Civil del Departamento de Salud Pública en la página web www.id.ph.state.il.us/vitalrecords, o llame al 217-782-6554.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo rellenar este formulario, por favor llame al Centro de atención telefónica del servicio al consumidor del Departamento de Manutención para Menores al número 1-800-447-4278.

3.2 Comentarios de los textos traducidos. Incidencias y estrategias de resolución

Evaluación preanestésica

111

- Con respecto al término “angina” hemos especificado que se trata de la “angina de pecho” ya que en castellano “angina” puede referirse a la “angina de pecho” o a las “anginas en la garganta o amígdalas”. En inglés, por el contrario, existe una clara distinción de términos para nombrar ambos conceptos; “angina” y “tonsils” (amígdalas). Para evitar confusiones entre los lectores hispanoparlantes hemos decidido especificar que se refiere a la “angina de pecho”.
- Para la traducción de “Congestive Heart Failure/CHF” hemos pensado que en la versión al castellano es más conveniente reflejar el acrónimo en un paréntesis en vez de separarlo con una barra. Si nos fijamos en el documento original, es un poco confuso ya que no queda claro que el acrónimo hace referencia a la enfermedad “Congestive Heart Failure”. En la traducción al castellano hemos mantenido ese acrónimo entre paréntesis para así evitar confusiones.

Es importante observar que los pacientes hispanoparlantes que acuden a este hospital suelen tener un nivel de confusión más elevado que la media debido al hecho de que no hablan inglés. A su vez, no tienen conocimientos de muchas de las enfermedades mencionadas en los formularios, y cualquier ayuda, aclaración y clarificación que se aleje de significados ambiguos siempre es bienvenida.

- Con respecto a la traducción de “Pacemaker/AICD” creemos que en este punto es importante aclarar y especificar a qué se refiere el acrónimo “AICD”. Por lo tanto hemos decidido traducir el acrónimo “AICD” como “Desfibrilador automático implantable (DAI)”, y luego reflejar entre paréntesis el acrónimo en español. Hemos seguido este mismo razonamiento para la traducción de los siguientes

acrónimos: GERD: Reflujo gastroesofágico (RG), OPD: Enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), CVA-TIA: Accidente isquémico transitorio (AIT).

- Para la traducción de “Herbal medication” hemos empleado el término “Fitoterápicos” y hemos creído conveniente especificar entre paréntesis a qué se refiere dicho término “(medicación de herbolarios)” ya que es un vocablo un tanto desconocido para los pacientes que acuden al hospital.
- Por último, cabe mencionar que la parte 2 en este documento no concierne a los pacientes, ya que es para rellenar por los anestesistas. Aún así, hemos creído conveniente traducir esta sección por si acaso el equipo de anestesistas quiere compartir esta información con los pacientes y para que los mismos pacientes sepan que no tienen que rellenar esta sección.

112

ParaGard

- Tal y como se aprecia en todos los documentos que hemos traducido en este proyecto, cada una de las palabras que componen los títulos y los subtítulos están escritas con letra mayúscula. Un claro ejemplo de ello lo encontramos en el subtítulo del texto que nos ocupa: “Improving Patient Satisfaction with ParaGard Through Effective Counseling”.

En castellano, los títulos y subtítulos comienzan con la primera palabra en mayúscula, pero el resto de las palabras se mantienen en minúscula. Hemos aplicado esta norma a la hora de traducir todos los títulos y subtítulos de los documentos traducidos en este trabajo.

- Con respecto a las dos oraciones interrogativas en el documento original “What to expect during insertion?” y “What to expect post-insertion?”, hemos decidido traducirlas utilizando oraciones afirmativas ya que consideramos que se trata más de un título que de una pregunta. Tras cada oración, “Qué esperar durante la inserción” y “Qué esperar después de la inserción”, se enumera una serie de

recomendaciones e información de interés para las pacientes, por lo que hemos considerado que esas recomendaciones están mejor encabezadas con un título formulado con una oración afirmativa que con una oración interrogativa.

- La traducción de la oración “i.e., she is used to a pill period” ha sido un poco problemática ya que en castellano no tenemos una equivalencia para “pill period”. Por lo tanto, hemos decidido traducirla como “es decir, ha tomado pastillas anticonceptivas y suele tener períodos ligeros”, constituyendo ésta una oración más explicativa que la versión inglesa. Hemos visto necesario dar esta explicación, ya que la traducción literal de “pill period” no hubiese tenido sentido en el contexto de la oración.
- Hemos visto conveniente emplear oraciones condicionales para la traducción del siguiente párrafo:

“Advise patient to call immediately if she becomes pregnant; experiences pelvic pain, pain during sex, unusual discharge, or fever; undergoes severe or prolonged bleeding; or notices a change in string length or feels any part of the ParaGard®.”

En la traducción al castellano hemos decidido reflejar la condicional al principio de cada oración para dar mayor fluidez a la lectura. La traducción quedaría de la siguiente manera:

“Informe a la paciente de que debe llamar inmediatamente si cualquiera de estas circunstancias ocurre: si se queda embarazada; si tiene dolor pélvico; si sufre dolor durante el acto sexual; si tiene flujo vaginal inusual; si tiene fiebre; si experimenta una pérdida de sangre prolongada o intensa; si nota un cambio en la longitud del cordón o si siente alguna parte del ParaGard®.”

- El documento original hace uso de dos acrónimos que en la cultura anglosajona son muy reconocidos por sus siglas: “STD” y “HIV positive”. La mayor parte de los angloparlantes reconoce inmediatamente estos acrónimos, y es por ello por lo que el autor de este artículo no se ha visto en la necesidad de explicar en palabras a qué se refieren. Si bien es cierto que en la lengua castellana existe el acrónimo ETS para referirse a las enfermedades de transmisión sexual, este acrónimo no es muy conocido en la comunidad hispanoparlante residente en los Estados Unidos, por lo que hemos tomado la decisión de traducir el término completo: “enfermedades de transmisión sexual”. Con respecto a “HIV positive” la traducción al castellano es “seropositivo” y no existe ningún acrónimo para referirse a este término.
- Hemos seguido el mismo razonamiento para la traducción del acrónimo IUD. En los Estados Unidos el término “Intrauterine Device” es conocido como IUD, y en cualquier contexto médico se utiliza el acrónimo evitando la mención del nombre completo. En la sociedad española el acrónimo DIU está muy extendido, pero en la comunidad hispanoparlante que reside en los Estados Unidos se utiliza el acrónimo inglés IUD en vez del español DIU. Para evitar confusiones con ambos acrónimos, hemos empleado el término completo en la traducción, refiriéndonos al dispositivo como “dispositivo intrauterino”.
- La comunidad hispanoparlante que acude al hospital utiliza el término “sala de emergencias” para referirse a “emergency room”. En España lo denominamos “urgencias”, pero este término no se emplea entre los pacientes que acuden al centro sanitario, por lo que lo hemos traducido como “sala de emergencias”.
- Con respecto al juego de letras y palabras en el párrafo final del documento, donde se puede realizar una lectura vertical de la palabra “PAINS”, hemos tenido algún que otro problema para conseguir la traducción al castellano “DOLOR”. Hemos visto necesario alterar un poco el comienzo de cada frase para poder conseguir ese juego de palabras vertical. La traducción ha quedado de la siguiente manera:

D desarrolla coágulos o si sangra abundantemente.

O observa dolores anómalos o dolores a la hora de tener relaciones sexuales.

L le sube la temperatura, o si tiene fiebre o escalofríos.

O observa flujo vaginal perceptible y de mal olor.

R repentinamente experimenta manchado anómalo o si sangra persistentemente.

115

La circuncisión y el control del dolor

- Con respecto al título de este documento hemos visto conveniente cambiar el orden de palabras "Pain Control and Circumcision" por "La circuncisión y el control del dolor". Bajo nuestro punto de vista la traducción es más coherente si se comienza nombrando el tipo de procedimiento del que se está hablando (la circuncisión), y luego el dolor asociado a ese procedimiento.
- Para la traducción del término "Pain management" hemos barajado varias opciones. Las consultas terminológicas realizadas hacían las siguientes sugerencias: "manejo del dolor", "gestión del dolor" y "tratamiento del dolor". Entre estas opciones "tratamiento del dolor" es el término que más coherencia tiene en el contexto de la oración, por lo que lo hemos traducido de esta manera.
- El término "ultrasound" es conocido como "ecografía" en el territorio español. Sin embargo, en los países latinoamericanos se emplea el término "ultrasonido" para referirse a este tipo de examen.

Consentimiento de tratamiento con opioides

- Hemos visto conveniente traducir la siguiente oración pasiva en una oración activa, ya que el empleo de una oración pasiva en la traducción al castellano hubiese quedado forzado y artificial:

“Opioid medications are used as one part of an overall treatment plan to help people deal with chronic pain”.

La traducción queda de la siguiente manera:

116

“Los medicamentos opioides se utilizan como parte de un plan de tratamiento global para ayudar a la gente a soportar los dolores crónicos.”

- Para la traducción del verbo “deal” en esta misma oración hemos tenido algunas dudas. Hemos barajado varias posibilidades como “soportar los dolores crónicos”, “controlar los dolores crónicos” o “lidiar con los dolores crónicos”. En la sociedad española la opción “soportar los dolores crónicos” quizás hubiese sido la más común, pero ese verbo es un poco agresivo para los pacientes hispanoparlantes que provienen de países latinoamericanos. Por este motivo, hemos visto conveniente traducir la oración utilizando el verbo “lidiar”, que es muy empleado entre los pacientes que acuden al hospital.

La oración por lo tanto quedaría de esta manera: “Los medicamentos opioides se utilizan como parte de un plan de tratamiento global para ayudar a la gente a lidiar con los dolores crónicos.”

- Para la traducción de “pain medicine” existen dos opciones: “medicamento para el dolor” y “analgésico”. Hemos visto más conveniente emplear el término “analgésico” en vez de usar la forma descriptiva “medicamento para el dolor”.
- “I will use only one pharmacy to fill all my opioid prescriptions”. Para entender esta frase y poder hacer una traducción precisa, hay que tomar en cuenta el sistema de recetas médicas y el funcionamiento de las mismas en los Estados Unidos. En este país, cada vez que un médico prescribe un medicamento a un paciente se le dan recetas en las que se indica el número de veces que el paciente

puede “rellenar el envase”. Cuando el paciente acude a la farmacia, se le da un envase (es un frasco de plástico) con un número determinado de pastillas (pongamos como ejemplo las suficientes para un mes). Cuando el paciente acaba estas pastillas, acude a la farmacia con la misma receta facilitada por el doctor, y el farmacéutico le “rellena el envase o frasco” con el mismo tipo de pastillas (el envase no tiene que ser el mismo, pueden facilitarle un nuevo frasco, pero el concepto es simbólico, ya que se refiere a la acción de rellenar el mismo envase con más pastillas). Para cada medicamento, el paciente va “rellenando” el envase las veces que el doctor lo haya estipulado en la receta y en las instrucciones. Es un sistema muy diferente al que tenemos en España, o al que tienen en los países latinoamericanos, ya que nosotros, una vez acabado un medicamento no lo “rellenamos”, sino que lo desechamos y compramos otro con otra nueva receta.

Por lo tanto, la traducción al castellano “Solo utilizaré una farmacia para rellenar mis envases de opioides”, no se entendería en una sociedad como la nuestra, pero en el contexto hospitalario en el que este documento está circunscrito es totalmente comprensible.

- Para la traducción de la frase “I will bring all unused pain medicine and all my prescription drug containers to every office visit” he visto conveniente traducir “office visit” como “cita”, en vez de hacer una traducción literal “visita a la oficina”. En los Estados Unidos los doctores se refieren a las citas como “appointments” u “office visits”, pero en la comunidad hispanoparlante residente en este país se emplea el término “cita” o “cita con el doctor”, para ser más preciso.
- El término “street drugs” ha sido un tanto complicado de traducir. En un principio optamos por traducirlo literalmente como “drogas de la calle”, ya que se refiere a todas aquellas drogas que el consumidor compra en la calle (marihuana, cocaína, pasta base, crack...). Tras la lectura de varios foros sobre el término, optamos por traducirlo como “drogas ilegales” ya que en los Estados Unidos todas las drogas

adquiridas en la calle están consideradas ilegales, por lo que hemos determinado que el término “drogas ilegales” es más preciso y exacto.

- “I consent to random drug screening”. Hemos traducido “screening” como “prueba de detección” ya que en este caso no se refiere a una exploración o examen médico, sino a una prueba de detección de drogas. Más adelante en este mismo párrafo se lee “...to see what drugs I have been taking”. El término “drugs” en inglés hace referencia a fármacos, medicamentos, drogas o estupefacientes. Por lo tanto, hemos visto necesario traducir el término especificando los dos tipos de “drugs” (fármacos o drogas).
- “I will keep my schedule appointments or...” El verbo “keep” en este caso particular no hace referencia a “mantener una cita” sino a “acudir a una cita”.
- “I will only request refills of my prescriptions”. Tal y como en el punto número 3 hemos explicado, el término “refill a prescription” no se utiliza en los países hispanoparlantes ya que el sistema de compra de medicamentos difiere mucho con respecto al sistema anglosajón. Por lo tanto, siguiendo la misma línea argumentativa anteriormente descrita, hemos traducido “refill my prescriptions” como “solicitaré medicamentos solo en las citas programadas o durante el horario de consulta”, entendiendo que “refill a prescription” hace referencia a pedir al doctor que le actualice la receta para poder comprar y “rellenar” el envase del paciente con más pastillas o medicamentos.
- “... I do not follow the responsibilities outlined above”. Para la traducción de esta oración hemos tenido problemas con la combinación del verbo “follow” y el sustantivo “responsibilities”. En castellano no se suelen “seguir las responsabilidades”, sino que se “tienen responsabilidades”. La traducción más cercana a lo que a la oración en inglés se refiere podría ser: “respetar las responsabilidades a las que nos hemos comprometido.”

De este modo, hemos traducido la oración de la siguiente manera:

“... no respeto las responsabilidades arriba mencionadas.”

- En el apartado de “Safety risks while using opioids” aparece el verbo “driving”. Hemos traducido este verbo como “manejar” ya que en los países latinoamericanos no se utiliza el verbo “conducir”.
- “I consent to the use of opioids to help me deal with chronic pain”. Hemos traducido esta frase de la siguiente manera: “Doy consentimiento para el uso de opioides con el objetivo de que me ayuden a lidiar con el dolor”. Hemos añadido “con el objetivo” para evitar la reiteración de la palabra “para”.
- El término “Physician” se refiere a médico o doctor. Los pacientes hispanoamericanos que acuden al centro de salud emplean el término “doctor”, por lo tanto lo hemos traducido de esta manera.
- Los apartados referentes a “physical dependence”, “psychological dependence”, “tolerance” y “addiction” comienzan con “this means...”. Hemos decidido no traducir “this means” al comienzo de todas las oraciones ya que queda demasiado reiterativo.

119

La prueba de detección del síndrome de Down en el primer trimestre de embarazo

- Para la traducción del término “screening” hemos barajado diferentes opciones: “método de detección”, “prueba de criba”, “cribaje”, “prueba de detección” y “exploración”. “Prueba de criba” y “cribaje” serían términos bastante desconocidos para la audiencia meta, por lo tanto, para no crear confusiones hemos decidido traducirlo como “prueba de detección” ya que es el término más cercano a los pacientes que acuden al hospital.
- “The first trimester screening determines your risk of Down Syndrome, Trisomy 13 and Trisomy 18 during the first trimester of your pregnancy...” En esta oración hemos visto conveniente especificar que se trata de “el riesgo de tener un bebé

con síndrome de Down”. Creemos que por motivos aclaratorios es conveniente añadir “tener un bebé”. Por lo tanto, la oración queda de la siguiente manera: “la exploración del primer trimestre determina su riesgo de tener un bebé con síndrome de Down, trisomía 13 y trisomía 18 durante el primer trimestre de su embarazo.”

- "Chromosome abnormalities cannot be fixed or cured". Hemos visto conveniente traducir el término “fixed” como “subsanaadas o curadas” ya que en el campo de la medicina no se “arregla” una enfermedad.
- El término "ultrasound" puede traducirse como "ecografía" o "ultrasonido". En los Estados Unidos la población hispanoparlante se refiere al "ultrasound" como un “ultrasonido”, por ese motivo lo hemos traducido de esta manera.
- "Once your blood protein levels and ultrasound measurements are determined, an estimate of the risk of Down Syndrome, Trisomy 13 and Trisomy 18 can be calculated". En esta oración hemos decidido eliminar el término "estimate" en la traducción al castellano ya que el verbo "calcular" ya indica la acción de la oración, y el uso del término "estimado" sería un tanto redundante.
- “Between 90 - 95% of women tested will have a low risk result”. El futuro simple “will” lo hemos traducido empleando el presente indicativo ya que se trata de una afirmación. La frase queda de este modo: "Entre un 90 - 95% de las mujeres examinadas tiene un resultado de bajo riesgo."

Prueba de portador del ADN de la fibrosis quística

- “If a pregnancy is already underway as you are deciding about testing, it is best to test both partners at the same time because of the length of time it takes for results, usually several weeks”.

“Si el embarazo ya está en proceso mientras usted está decidiendo hacerse la prueba o no, es mejor hacer la prueba a las dos partes simultáneamente debido al tiempo que se tarda en recibir los resultados (normalmente varias semanas).”

Hemos decidido añadir paréntesis en la parte final de la oración debido al hecho de que la extensión de la frase puede resultar demasiado larga.

121

Meningioma

- La oración “Tightly packed bunches of blood vessels” ha sido un tanto complicada de traducir. Ha sido difícil buscar una equivalencia para los términos “Tightly packed bunches”, por lo que hemos tenido que utilizar una versión más descriptiva en la traducción al castellano: “Un conjunto de vasos sanguíneos muy apretados unos con otros.”
- Si bien el término “plump” hace referencia a un objeto o persona “gorda”, en este contexto se refiere a células de tamaño grande.
- “Covering of the brain (It’s coverings)”. El término médico empleado para la cubierta del cerebro es “duramadre”. Su versión en latín “dura mater”.
- Para la traducción del término “together” en el párrafo final del apartado denominado “Causa” hemos visto más conveniente especificar “con nuestra ayuda”, ya que la traducción literal “juntos” no tendría mucho sentido en el contexto de la oración.
- “For large tumors, or tumors located close to critical structures, stereotactic radiotherapy is often used instead”. En esta frase hemos optado por no reflejar la palabra “instead” en la traducción al castellano ya que la oración se entiende perfectamente de esta manera: “Para los tumores de mayor tamaño, o los tumores ubicados cerca de estructuras críticas, se utiliza la radioterapia estereotáxica.”

- “Some treatments are offered in organized reaserch studies called clinical trials”. Nuevamente hemos optado por la traducción de la oración pasiva en la versión inglesa en una oración activa en la versión castellana, ya que el uso reiterativo de oraciones pasivas queda muy cargado y forzado. La traducción queda de la siguiente manera: “Se ofrecen algunos tratamientos en estudios de investigación organizados llamados ensayos clínicos.”
- En los países latinoamericanos se utiliza el término “trabajadora social” en vez de “educadora social”. Por lo tanto hemos traducido “social worker” como “trabajadora social.”
- De igual modo, para la traducción de “speech therapy” hemos empleado el término usado en los países latinoamericanos, siendo éste “terapia del habla” en vez de “logopedia”, que es más usado en nuestro país.

Reconocimiento de paternidad voluntaria de Illinois

- "Press firmly and use ballpoint pen". Para la traducción del término "ballpoint pen" hemos tenido en cuenta que en los países latinoamericanos no se utiliza la palabra "bolígrafo" sino "pluma".
- "Call the Child Support Customer Service Call Center at 1-800-477-4278". Hemos visto conveniente no utilizar la forma imperativa "llame" para la traducción del verbo "call". De este modo se ha utilizado el presente indicativo del verbo "poder" para dar un tono más suave a la oración: "Si tiene alguna pregunta, puede llamar al Centro atención telefónica..."
- "Child's First Name", "Middle Name", "Last Name" ... En este apartado hemos escrito en letra mayúscula solo en la primera palabra de cada enunciado. El resto de las palabras se han escrito con letra minúscula: “Nombre del niño/a”, “Segundo nombre”, “Apellido” ...

- “I understand my responsibility to provide financial support for the child that may include child support and medical support starting from the child's birth until the child is at least 18 years old”. En esta oración hemos traducido el verbo “I understand my responsibility” como “acepto mi responsabilidad” ya que la traducción literal “entiendo mi responsabilidad” no tendría sentido en el contexto de la oración.
- “I understand that either the mother or father may withdraw the action by signing a Rescission of VAP”. En esta frase hemos visto conveniente reflejar en la traducción al castellano a qué se refiere la "acción" mencionada en el documento original para que no haya malentendidos entre los pacientes. La traducción por lo tanto queda de la siguiente manera: “Entiendo que tanto la madre como el padre pueden anular el RPV mediante la firma del formulario de Anulación del RPV.”
- “As a result, paternity is not established and the biological father's name will not be placed on the birth certificate”. Hemos traducido el verbo “is” empleando el futuro indicativo ya que el empleo del presente indicativo en la traducción queda artificial. De este modo, se consigue también una concordancia con el siguiente verbo empleado en la oración (aparecerá). La traducción queda de la siguiente manera: “Como resultado, la paternidad no será establecida y el nombre del padre biológico no aparecerá en el certificado de nacimiento.”
- “For more information about completing the VAP, read the flyer Two Parents... Give Your Child HOPE”. Siguiendo la misma línea argumentativa anteriormente mencionada, hemos optado por traducir el verbo no utilizando su forma imperativa: “Para más información sobre cómo rellenar el RPV, puede leer el folleto Two Parents... Give Your Child HOPE (en inglés).”

4. Glosario

Tal y como antes hemos mencionado, hemos ido elaborando un glosario a medida que se han ido traduciendo los documentos. Una vez finalizado el proyecto, dejaremos una copia del glosario en el Departamento de Interpretación del Hospital de Evanston para usarse en futuros proyectos de traducción.

124

Cabe mencionar que en la copia que se dejará en el departamento sustituiremos el término “castellano” por “español” debido al hecho de que en los Estados Unidos la comunidad hispanoparlante emplea el vocablo “español” para referirse a la lengua castellana.

Inglés	Castellano
Administrative Coordination Unit (ACU)	Unidad de Coordinación Administrativa
AICD	DAI (Desfibrilador automático implantable)
Airway	Vía respiratoria
Alertness	Reactividad
American Academy of Pediatrics	Academia Estadounidense de Pediatría
Amniocentesis	Amniocentesis
Analgesic	Analgésico
Anaplastic	Anaplásico
Androgen	Andrógeno
Angina	Angina de pecho
Angiogenesis inhibitor	Antiangiogénico

Angiography	Angiografía
Anti-emetic drugs	Medicamentos antieméticos
Anti-epilepsy drugs	Medicamentos anti-epilépticos
Apnea	Apnea durante el sueño
Apoptosis	Apoptosis
Arrhythmia	Arritmia
Arteriogram	Arteriograma
Arthritis	Artritis
ASA	Sistema de clasificación del estado físico ASA
Asthma	Asma
Autosomal recessive heritage	Herencia autosómica recesiva
Bandage	Venda
Benign	Benigno
Biopsy	Biopsia
Birth Certificate	Certificado de nacimiento
Bleeding	Sangrado
Blood vessels	Vasos sanguíneos
Brain	Cerebro
Brain covering	Duramadre
Breastfeed	Tomar pecho, amamantar
Bronchitis	Bronquitis
Calcification	Calcificación

Cancer	Cáncer
Cardiac	Cardíaco
Cardiovascular	Cardiovascular
Carrier	Portador
Caucasian	Caucásico
Cell	Célula
Cerebral Hemisphere	Hemisferio cerebral
Chest pain	Dolor de pecho
Child Support Customer Service Call Center	Centro de atención telefónica del servicio al consumidor del Departamento de Manutención para Menores
Child Support Enforcement offices.	Oficinas del programa para el Cumplimiento del Sustento de Menores.
Chills	Escalofríos
Chorionic Villus Sampling CVS	Muestra de vellosidades coriónicas
Chromosome	Cromosoma
Chromosome anormality	Anomalía cromosómica
Chronic pain	Dolores crónicos
Circumcision	Circuncisión
Clinical trial	Ensayo clínico
Clot	Coágulo
Coating	Revestimiento
Cognitive restraining	Dominio cognitivo

Cold	Resfriado
Congestive Heart Failure CHF	Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)
Conventional External Beam Radiation	Radioterapia externa convencional
COPD	EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
Cramping	Calambres
CT Scan	TAC (Tomografía axial computarizada) o TC (Tomografía computarizada)
CVA	ACV (Accidente cerebrovascular)
CRX	Radiografía de tórax (Rx de tórax)
Cyst	Quiste
Cystic Fibrosis	Fibrosis quística
Cystic Fibrosis Carrier testing	Prueba de portador de la fibrosis quística
Denial of Paternity	Negación de la paternidad
Dentition	Dentición
Department of Human Services offices	Oficinas del Departamento de Servicios Humanos
Detection rate	Índice de detección, tasa de detección
Diabetes	Diabetes
Diagnosis	Diagnóstico
Diaper	Pañal
Dietician	Dietista
Discharge	Dar de alta, secreción
Dislodge	Desplazar

Disorder	Trastorno
Down Syndrome	Síndrome de Down
Down Syndrome screening	Prueba de detección del síndrome de Down
Drainage	Drenaje
Drowsiness	Somnolencia
Drug screening	Prueba de detección de drogas
ECG	ECG (Electrocardiograma)
Embolization	Embolización
Emla Cream	Crema Emla
Emphysema	Enfisema
Endocrine	Endocrino
Epidermal Growth Factor Receptor EGFR	Receptor del factor de crecimiento epidérmico
Estrogen	Estrógeno
Excision	Escisión
Family doctor	Médico de cabecera
Fetal Diagnostic Center	Centro del Diagnóstico del feto
Fibroblastic	Fibroblástico
Foul-smelling	De mal olor
Gastrointestinal	Gastrointestinal
Gene	Gen
Genetic counseling	Orientación genética
Genetic counselor	Asesor genético

GERD	Reflujo gastroesofágico
Hay fever	Fiebre del heno
Heal	Curarse
Heart attack	Ataque al corazón
Hepatic	Hepático
Hepatitis	Hepatitis
Herbal medication	Fitoterápicos (medicación de herbolarios)
Hiatal hernia	Hernia hiatal
Hidroxyurea	Hidroxiurea
High blood pressure	Presión arterial alta
High-powered microscope	Microscopio de alta resolución
HIV positive	Seropositivo
Hormonal contraception	Anticonceptivo hormonal
Hormone Replacement Therapy (HRT)	Terapia hormonal sustitutiva (THS)
Human Genome Project	Proyecto del Genoma Humano
Hypertension	Hipertensión
Illinois Department of Public Health, Division of Vital Records	División de Registro Civil del Departamento de Salud Pública de Illinois
Incidence	Incidencia
Injury	Lesión
Interferon	Interferón
Intraoperative MRI	IRM intraoperativa

Irregular heart rate	Frecuencia cardíaca irregular
IUD	Dispositivo intrauterino
Local radiation	Radiación local
Malignant	Maligno
Mallampati	Mallampati
Meninges	Meninges
Meningioma	Meningioma
Meningothelial	Meningotelial
Menopause	Menopausia
Menstrual cycle	Ciclo menstrual
Molecular agent	Agente molecular
MRI	IRM (Imagen de resonancia magnética)
Mucus	Mucosidad
Multiple pregnancy	Embarazo múltiple
Musculoskeletal	Musculoesquelético
Mutation	Mutación
Myocardial infarction	Infarto de miocardio
Nasal bone analysis	Análisis del hueso nasal
Neural tube defects	Defectos del tubo neural
Neurofibromatosis	Neurofibromatosis
Neurological examination	Examen neurológico
Neurosurgeon	Neurocirujano

Non-invasive procedure	Procedimiento no invasivo
Nuchal translucency	Translucencia nuchal
Numb	Adormecer
Numbing cream	Crema anestésica
Nurse	Enfermera
Nutrient	Nutriente
Obstetrician	Obstetra
Occupational therapy	Terapia ocupacional
Opioid	Opioide
Over the counter pain medications	Analgésicos/medicamentos sin receta médica
Pacemaker	Marcapasos
Pain management methods	Métodos de tratamiento del dolor
ParaGard	ParaGard
Paralysis	Parálisis
Parasagittal region	Región parasagital
Pediatrician	Pediatra
Pelvic pain	Dolor pélvico
Penile block	Bloqueo del pene
Pen-pal program	Programa de correspondencia
Petroleum jelly	Vaselina
Pinching	Compresión
Platelet Derived Growth Factor (PDGFR)	Factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFR)

Pre-anesthetic	Preanestésica
Prenatal care	Cuidados prenatales
Prenatal testing	Prueba de detección prenatal
Progesterone	Progesterona
Prognosis	Pronóstico
Provider	Proveedor
Psychotherapy	Psicoterapia
Pulmonary	Pulmonar
Radiation therapy	Radioterapia
Radiosensitizing drug	Fármaco radiosensibilizador
Randomized trial	Estudio aleatorio
Raw	En carne viva, sin tratar
Receptor	Receptor
Recurrence	Reaparición, recaída, recidiva
Rescision	Anulación
Refill	Surtido
Rehabilitative medicine	Medicina de rehabilitación
Remove	Extraer
Renal	Renal
Renal Failure	Insuficiencia renal
Resection	Resección
Ring Block	Bloqueo anular

Routine mid-trimester scan	Escáner rutinario del segundo trimestre
Runny nose	Nariz congestionada
Sagittal sinus	Senos longitudinales
Scan	Escáner
Screening	Prueba de detección, exploración, examen
Seizures	Convulsiones
Sexual intercourse	Relaciones sexuales
Sickle Cell	Anemia de células falciformes
Side effects	Efectos secundarios
Singleton pregnancy	Embarazo de feto único
Skull	Cráneo
Skull base	Base del cráneo
Social worker	Trabajadora social
Speech pathology	Patología del habla
Speech therapy	Terapia del habla
Sphenoid ridge meningioma	Meningioma del ala esfenoidal
Spina Bifida	Espina bífida
Spinal cord	Médula espinal
Spotting	Manchado
Sexually Transmitted Disease (STD)	Enfermedad de transmisión sexual (ETS)
Stereotactic radiosurgery	Radiocirugía estereotáxica
Steroid	Esteroides

Street drugs	Drogas ilegales
Stroke	Ataque cerebral
Sucrose solution	Solución de sacarosa
Suppressing	Contención
Surgeon	Cirujano
Surgery	Intervención quirúrgica, cirugía
Syncytial	Sincitial
Thyroid Disease	Enfermedad de la tiroides
TIA	AIT (Accidente isquémico transitorio)
Tissue	Tejido
Treatment	Tratamiento
Trisomy 13	Trisomía 13
Trisomy 18	Trisomía 18
Tumor	Tumor
Tyrosine kinase inhibitor	Inhibidores de la tirosina quinasa
Ultrasonic aspirator	Aspirador ultrasónico
Ultrasonography	Ultrasonografía
Ultrasound	Ultrasonido
Urinate	Orinar
Visual aid	Soporte visual
Vital functions	Funciones vitales
Vocational counseling	Orientación vocacional

Voluntary Acknowledgment of Paternity (VAP)	Reconocimiento de paternidad voluntaria (RPV)
Wheezing	Respiración sibilante
Withdrawal symptoms	Síntomas del síndrome de abstinencia

5. Revisión y corrección de los textos

136

Una vez finalizado el proceso de traducción hemos procedido a la revisión y corrección de los documentos traducidos. Para esta labor, se han llevado a cabo varias fases de corrección.

Primeramente, hemos hecho la autorrevisión de los textos desde la pantalla de Trados donde se visualizan ambos documentos (en inglés y en castellano). En esta fase hemos prestado especial atención a los problemas ortográficos pasando el corrector ortográfico de Trados. A su vez, teniendo en cuenta las recientes normas de la Real Academia de la Lengua Española, hemos prestado atención a todas las nuevas reglas establecidas, como por ejemplo no poner la tilde en el adverbio “solo” ni en los pronombres demostrativos como “este”, “ese” o “aquel”, ya que la inercia nos lleva a acentuar estas palabras. En esta fase también hemos procedido a la revisión de los aspectos gramaticales, problemas de coherencia en las oraciones, y la reformulación de frases raras que impiden una lectura fluida. Por último, hemos observado que no haya quedado ningún texto sin traducir o que no existan palabras u oraciones repetidas.

Debido a la extensión de los documentos traducidos, la autorrevisión se ha realizado en varias etapas. Hemos revisado cada documento tres veces, dejando un día de espacio entre una revisión y otra para dejar reposar la traducción.

En la segunda fase del proceso de corrección y revisión el director de este proyecto, Ruben Giró, ha desarrollado la función de corrector. El corrector ha puesto en práctica el sistema de validación de traducciones mediante la inserción de comentarios referentes a las correcciones planteadas. Estos comentarios se han hecho a modo de notas personales, prestando especial atención a la traducción de los términos médicos de carácter técnico, así como a la forma y estilo de las traducciones. El corrector también ha recalado los

errores ortotipográficos y las expresiones raras que pueden dificultar la comprensión de los textos. Una vez finalizada esta fase de revisión, el corrector ha enviado las correcciones de los documentos a la traductora para que ésta realice los pertinentes cambios.

Finalmente, una vez acabadas la primera y la segunda fase de la corrección de textos hemos procedido a la tercera y última fase de este apartado. En esta sección hemos revisado el formato de los textos traducidos. Tal y como antes hemos mencionado, el NorthShore nos ha facilitado los documentos originales en Word. En la vista previa del primer proyecto creado en Trados (denominado NorthShore), se detectaron algunos problemas de formato a la hora de hacer la traducción, por lo que tuvimos que formatear los documentos originales recibidos. Una vez formateados los documentos en inglés, creamos el segundo y definitivo proyecto llamado Evanston Hospital.

En este segundo proyecto hemos ido visualizando la vista previa a medida que hemos ido traduciendo los textos para asegurarnos de que no existe ningún problema de formato. Una vez acabadas las traducciones, antes de poder observar el aspecto final de las mismas, hemos finalizado el proyecto creado en Trados. Para ello, mediante un clic con el botón derecho del ratón y la selección de “Batch Tasks”, “Finalize”, hemos actualizado la memoria de traducción y hemos generado el formato original desde nuestros documentos SDLXLIFF. Una vez generados los documentos en el formato nativo (Word) hemos hecho clic en “Batch Tasks”, “Export files” para recuperarlos y poder tenerlos disponibles. Hemos creado una carpeta para guardarlos y hemos hecho clic en “Finish”. Mediante estos pasos hemos exportado los documentos. El último paso ha sido finalizar el proyecto mediante “Projects View” y “Mark as Complete”.

El proceso de actualizar la memoria de traducción y generar los documentos en el formato original ha sido sencillo. El único problema lo hemos encontrado a la hora de revisar el formato de los documentos recién creados en Word. Al abrir las traducciones hemos observado que existen problemas de formato en algunos textos. Entre estos problemas mencionamos la ubicación de los números de la tabla del documento referente

a la fibrosis quística, la línea para firmar y fechar en el texto sobre el ParaGard y los opioides, o algunas de las tablas del documento del reconocimiento de paternidad voluntaria de Illinois.

Teniendo en cuenta todos estos problemas de formato y la dificultad de hacer las correcciones pertinentes desde el editor de Trados una vez finalizado el proyecto, hemos procedido a la corrección de los problemas de formato en Word.

Una vez finalizada esta tercera fase de edición, hemos entregado las traducciones al Departamento de Interpretación del NorthShore. El último paso a seguir quedará en manos de la supervisora de este departamento, la cual tendrá que enviar las traducciones a la agencia de traducción MetaPhrasis para que un traductor/a certificado por la American Translators Association realice las correcciones finales.

6. A modo de conclusión

A través de este trabajo se ha pretendido avanzar en la labor por conseguir la traducción al castellano de todos los documentos médicos existentes en el NorthShore University Health System. Si bien es cierto que existe un gran número de documentos que están traducidos a esta lengua, cabe destacar que la comunidad hispanoparlante que acude a esta institución todavía tiene que enfrentarse a situaciones en las que recibe documentación que solo existe en inglés. En contextos médicos donde el entendimiento de la literatura existente puede ser crucial para la elaboración de un diagnóstico adecuado y para la salud y cuidado de los pacientes, resulta inconcebible que los asistentes a este centro de salud no puedan comprender o no puedan rellenar los documentos facilitados por el equipo médico.

Mediante este trabajo se ha pretendido paliar esta situación, y aportar nuestro granito de arena en pos de mejorar la comunicación, entendimiento y funcionamiento de las relaciones entre los pacientes, familiares y el equipo médico.

Además de ofrecer unos servicios de calidad a los pacientes del NorthShore, este proyecto beneficiará enormemente al equipo de intérpretes que trabajan para esta organización. La falta de documentación en castellano supone un trabajo añadido para el Departamento de Interpretación del NorthShore debido al hecho de que, en numerosas ocasiones, los intérpretes médicos tienen que invertir una cantidad de tiempo que no disponen en la traducción oral de hojas de consentimiento, formularios, explicaciones de procedimientos y un largo etcétera. La información en estos documentos puede ser densa y altamente especializada, lo que supone que sea prácticamente imposible ofrecer una traducción oral de calidad dado el limitado tiempo que los intérpretes tienen para cada paciente. Esta situación ve en detrimento de los derechos e intereses de todos aquellos pacientes con un limitado conocimiento de inglés. A través de este trabajo, hemos avanzado hacia la mejora en el proceso de interacción y comunicación entre los pacientes y el resto del personal médico del hospital.

La selección de los documentos que mayor urgencia tenían en ser traducidos ha sido un paso muy importante para cumplir los objetivos de este proyecto. En este proceso de selección la colaboración del personal que trabaja en el hospital ha sido fundamental. Una vez realizada la selección de los documentos a traducir y comenzado el proceso de traducción, hemos tenido presente en todo momento la audiencia meta. Tal y como es sabido, existen muchas diferencias lingüísticas y culturales entre un país hispanoparlante y otro. Algunos términos pueden ser ofensivos en una cultura y no en otra. En este sentido, el hecho de que la autora de este proyecto trabaja como intérprete en esta organización ha sido una gran ventaja debido a que en todo momento hemos estado en contacto con los pacientes, y también debido al hecho de que tenemos un conocimiento de las diferencias culturales, regionales y lingüísticas de cada país. De igual modo, la interacción con el equipo de intérpretes ha sido crucial en este aspecto. Entre los 12 intérpretes que trabajamos en el Departamento de Interpretación tenemos representantes de Chile, México, Uruguay, España, Colombia, Guatemala y Argentina. La puesta en común de ideas y el intercambio de conocimiento tanto lingüístico como cultural entre un intérprete y otro nos han permitido profundizar en la idiosincrasia de la audiencia meta. Todas estas casuísticas han aportado de algún modo u otro a la calidad de las traducciones y a los resultados obtenidos en este estudio.

No cabe olvidar que este proyecto ha tenido un alto grado de especialización. Cada uno de los textos traducidos pertenece a distintas ramas de la medicina. A lo largo del proceso de traducción la consulta de fuentes especializadas ha sido crucial. El manejo de los manuales, glosarios, diccionarios y sitios web ha estado presente en todo momento. A su vez, hemos realizado consultas específicas a los médicos, anestesistas, enfermeras, sonógrafas y todo el personal que trabaja en el Hospital de Evanston. Este contacto directo con los profesionales de la salud nos ha permitido poder tener acceso al campo de trabajo, y tener la ventaja de optimizar al máximo nuestra labor como profesionales de la traducción.

La elección desarrollar este proyecto a través de la herramienta de traducción asistida Trados nos ha permitido crear una memoria de traducción utilizable en otros proyectos.

En términos generales, la creación del proyecto y la memoria de traducción en Trados no han tenido mayores complicaciones. Aún así, cabe mencionar que nos hemos encontrado con problemas de formato en algunos textos. Esto se ha debido a que inicialmente los documentos recibidos en inglés no estaban bien formateados. Tras la corrección de formato y la creación del segundo proyecto definitivo no se han observado errores en la vista previa de Trados. Aún así, una vez finalizado el proyecto y creados los documentos meta se han seguido observando algunos problemas de formato en los documentos traducidos. Teniendo en cuenta que el proyecto ya estaba finalizado en Trados, hemos tenido que realizar las correcciones necesarias desde Word. En términos generales hemos observado que aunque el texto traducido tenga un buen aspecto en la vista previa de Trados, pueden surgir problemas de formato en los documentos generados desde esta herramienta. Si bien es cierto que estos problemas son mínimos, tenemos que tener en cuenta que en ocasiones, como ha ocurrido en nuestro caso particular, habrá que hacer algunos retoques desde Word.

Por último, y como punto final de este apartado conclusivo, cabe mencionar que la autora de este proyecto ha dejado una copia de los documentos traducidos y una copia del glosario en el Departamento de Interpretación del NorthShore University Health System. Las fases y etapas diseñadas para la elaboración de este proyecto se han cumplido a la perfección. Tal y como en este trabajo hemos ido mencionando, el último paso para la finalización de este proyecto será validar las traducciones a través de un traductor/a en posesión del certificado expedido por la American Translators Association. Una vez finalizadas las correcciones finales, se procederá a la publicación y distribución de las traducciones. Todas estas acciones serán realizadas tan pronto el Departamento de Interpretación del NorthShore lo estime conveniente.

7. Referencias

www.chicata.org: Chicago Interpreters and Translation Association.

142

www.imia.org: International Medical Interpreters Association.

www.ncihc.org: National Board for Certification of Medical Interpreters.

www.merckmanuals.com: The Merck Manuals Online Medical Library.

<http://www.acf.hhs.gov/programs/cse/fct/childspan.pdf>

http://www.idph.state.il.us/vitalrecords_sp/index.htm

<http://www.neurowikia.es/content/tumores-men%C3%ADngeos-tumores-de-c%C3%A9lulas-meningoteliales>

<http://www.skullbaseinstitute.com/meningioma/>

<http://www.nyhq.org/diw/Content.asp?PageID=DIW000507&language=Spanish>

<http://nyp.org/espanol/a-z.html>

http://www.acog.org/publications/patient_education/sp171.cfm

Glosarios terminológicos on-line

<http://www.upch.edu.pe/facien/dbmbqf/mdlsantos/cursos/tallerredaccion08/Papers%201ra%20parte/Navarro%201995-Breve%20diccionario%20anglicismos.pdf>

<http://www.scribd.com/doc/11941813/English-Spanish-Glossary-of-Medical-Terms>

<http://www.scribd.com/doc/44094654/Medicina-Navarro-en-SPA>

http://www.semicyuc.org/sites/default/files/glosario_med_intensiva.pdf

www.kidshealth.org

www.medline plus.com

http://www.semicyuc.org/sites/default/files/glosario_med_intensiva.pdf

<http://www.zonagratis.com/curiosidades/medico/T.htm>

<http://elsalvador.medicosdoctores.com/diccionario-medico/m/page-2>

http://www.vademecum.es/medicamento-empla_prospecto_61096

143

8. Bibliografía

Asociación de academias de la lengua española. *Manual de la nueva gramática de la lengua española manual*. Editorial Planeta Mexicana, 2010.

BEERS H, MARK. *The Merck manual of medical information. The world's most widely used medical reference*. New York: Merck, 2003.

CASTILLO, CARLO; BOND, OHO. *University of Chicago Spanish Dictionary*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 2002.

COLEMAN G, JEANINE. *The early intervention dictionary: A multidisciplinary guide to terminology*. Paperback.

GRIJELMO, ALEX. *La gramática descomplicada*. Primera Edición. México: Taurus, 2006.

HERRERA, ONYRIA. *Spanish-English, English-Spanish Medical Dictionary*. Third Edition: Mc Elroy.

LARRY J, ALEXANDER. *Primary care of the posterior segment*. New York: Appleton & Lange, 2002.

MERCK, E. *The Merck manual of patients symptoms: A concise, practical guide to etiology, evaluation and treatment*. New York: Merck.

MUEGGE, UWE. *Translation contract. A standards-based model solution*. Bloomington: AuthorHouse, 2005.

Oxford Spanish English/ English Spanish. Madrid: Oxford University Press, 1998.

SOUSA M, JOSE. *Manual de estilo de la lengua española, Mele 3*. 3 edición. España: Ediciones Trea, S.L, 2007.

STEDMAN L, THOMAS. *Diccionario de ciencias médicas Stedman, Ingles- Español/ Medical Science Dictionary, English-Spanish* (Spanish Edition). New York: Hardcover.

The American Heritage Stedman's Medical Dictionary. New York: Houghton & Mifflin Company, 2004.

The American Medical Association. *Guide to prescription and over the counter drugs*. New York: Random House, 1998.